



Universidade de Brasília- UnB

Faculdade de Ciências da Saúde- FS

Departamento de Saúde Coletiva - DSC

Curso de Graduação em Saúde Coletiva

Trabalho de Conclusão de Curso

A SAÚDE COLETIVA NA DEFESA DA INCORPORAÇÃO DA PERSPECTIVA
DE GÊNERO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: PERCURSO DE UMA SANITARISTA EM
UMA REDE DE CUIDADOS ÀS PESSOAS QUE SOFREM VIOLÊNCIAS

Ana Carolina de Araújo Monjardim

BRASÍLIA - DF

2018

Universidade de Brasília- UnB
Faculdade de Ciências da Saúde- FS
Departamento de Saúde Coletiva - DSC
Curso de Graduação em Saúde Coletiva
Trabalho de Conclusão de Curso

A SAÚDE COLETIVA NA DEFESA DA INCORPORAÇÃO DA PERSPECTIVA
DE GÊNERO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: PERCURSO DE UMA SANITARISTA EM
UMA REDE DE CUIDADOS ÀS PESSOAS QUE SOFREM VIOLÊNCIAS

Ana Carolina de Araújo Monjardim

Trabalho de Conclusão de Curso desenvolvido em formato de artigo científico, para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof. Dra. Cláudia Mara Pedrosa

BRASÍLIA- DF

2018

Ana Carolina de Araújo Monjardim

A SAÚDE COLETIVA NA DEFESA DA INCORPORAÇÃO DA PERSPECTIVA
DE GÊNERO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: PERCURSO DE UMA SANITARISTA EM
UMA REDE DE CUIDADOS ÀS PESSOAS QUE SOFREM VIOLÊNCIAS

Trabalho de Conclusão de Curso
desenvolvido em formato de artigo
científico, para obtenção do título de
Bacharel em Saúde Coletiva pela
Universidade de Brasília

Aprovado em 09/07/ 2018

BANCA EXAMINADORA

Profa . Dra . Silvia Badim Marques - Docente FCE

Ana Carolina dos Santos Fonseca Boquadi- Secretaria de Saúde do Governo do Distrito
Federal

Rianna Carvalho Moraes- Mestranda em Saúde Coletiva - UnB

Profa. Dra. Cláudia Mara Pedrosa - Orientadora

AGRADECIMENTOS

O primeiro agradecimento vai à Deus, que sempre vai ser o motivo de toda honra e toda glória independente de onde eu esteja. Ele direcionou os meus caminhos e cuidou de mim nos mínimos detalhes, me dando saúde e sabedoria, e principalmente, colocando pessoas incríveis na minha vida, que de alguma forma fizeram parte da minha trajetória acadêmica e pessoal, contribuindo assim, para eu ser uma profissional e uma pessoa melhor.

Em segundo lugar à minha família que sempre acreditou em mim e se dispuseram a sonhar os meus sonhos, mais especificamente a minha mãe, que sempre enxergou o melhor em mim, mesmo quando eu mesma não conseguia ver potencial, que se orgulhou de mim em todos os momentos, até mesmo nos mais singelos, que me estendeu a mão em todos os momentos que pensei em desistir e se alegrou comigo e esteve presente nos momentos de conquista também. Te amo, mãe! A senhora sempre vai ser a minha força e a minha motivação. Meu avô, Vito Denecial de Araújo, que infelizmente não chegou a me ver entrar em uma faculdade federal e nem a levantar meu diploma, mas que foi a pessoa responsável por aflorar dentro de mim o desejo em trazer dignidade à saúde do Brasil. Vô, o senhor é a minha inspiração e eu vou te levar comigo sempre!

Além da minha família, os meus amigos foram peças fundamentais nesse percurso, me cobrindo de amor, apoio, motivação e alegria, seria injusto citar nomes correndo o risco de esquecer de alguém. Com toda certeza do mundo, eu tenho os melhores ao meu lado, uns já não caminham mais comigo, mas mesmo assim fazem parte de quem eu sou e estão eternizados no meu coração. Outros caminharam comigo durante quase toda a graduação, os ‘perdidos sanitaristas’ - a 9ª turma de saúde coletiva da UnB campus Darcy Ribeiro, muito obrigada pelo companheirismo e troca de saberes. E não poderia deixar de destacar aquele amigo que na verdade é um anjo, irmão e namorado ao mesmo tempo. Dyl, você é incrível e sou grata por todo cuidado e companheirismo, caminhou comigo durante muito tempo, a faculdade não seria a mesma sem você ao meu lado e tenho certeza que estaremos juntos durante várias outras etapas.

Não poderia deixar de falar da minha universidade, do corpo docente de saúde coletiva, assim como do meu departamento, da minha orientadora e do Projeto Rondon. Sem dúvidas o processo de graduação enriqueceu significativamente as minhas perspectivas, graças aos espaços de luta proporcionados pelo meio acadêmico, graças aos meus mestres que foram muito mais do que professores universitários, graças a saúde coletiva, que

ampliou a minha visão de mundo e me tornou mais humana e empática. Me despertou também a inquietação com temas sociais invisibilizados na construção de políticas públicas e a vontade de lutar para efetivação de uma saúde pública universal e de qualidade, mais ainda, me sentir responsável pelo compromisso da continuidade da reforma sanitária, mesmo com a atual conjuntura política do nosso país, que a todo tempo tenta sucatear o Sistema Único de Saúde e os direitos básicos dos cidadãos. Um obrigado especial à minha orientadora, por toda paciência e incentivo ao meu amadurecimento, por zelar pela minha saúde mental e tornar esse fechamento de ciclo prazeroso e motivador

RESUMO: *Este artigo discute como a Saúde Coletiva tem desde sua origem o compromisso de promover o fortalecimento da transversalização de gênero nas políticas públicas, em especial de saúde. A partir do percurso formativo de uma graduanda em saúde coletiva em um serviço do Distrito Federal voltado para o atendimento às pessoas que sofrem violências - o Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência- PAV Girassol e norteadas pela plataforma política feminista do movimento social brasileiro, sistematizamos e analisamos o diário de campo e os relatórios do estágio curricular. Foi realizado também uma revisão bibliográfica sobre os temas saúde coletiva, gênero, equidade e políticas de saúde. O referencial ético político em defesa da promoção dos direitos das mulheres, e os saberes construídos no campo da saúde coletiva possibilitaram ampliar o debate sobre a implicação deste campo de saberes e práticas para fomentar na saúde a redução das desigualdades de gênero e raça, e conseqüentemente, da violência contra mulher.*

PALAVRAS CHAVE: Sanitarista, Violência contra mulher; Educação interprofissional, Saúde coletiva, Reorientação curricular

INTRODUÇÃO

A compreensão que as desigualdades em saúde estão perpassadas pela determinação das desigualdades de gênero e raça tem sido edificante para nossas reflexões e práticas no campo da saúde coletiva. Assim, este trabalho deriva de um apanhado teórico que estamos construindo desde 2015, no curso de graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB) com a intencionalidade e o direcionamento de posicionar criticamente a saúde coletiva para o fortalecimento da promoção dos direitos das mulheres, inserindo na pauta curricular a perspectiva de gênero e raça em diálogo com os demais marcadores sociais.

Os estudos de gênero nasceram articulados com a luta feminista pelos direitos das mulheres, e a inserção desta pauta no território acadêmico ainda se depara com os desafios de superação teóricos conceituais que muitas vezes ainda analisa as diferenças entre homens e mulheres meramente pela descrição das relações entre sexo, desconsiderando a compreensão necessária das relações de poder, das dimensões sociais da desigualdade social e racial que as mulheres vivenciam (KNAUTH, 2009). No território dos serviços de saúde também ainda são muitos os percalços que dificultam a preparação dos profissionais para

uma prática comprometida e sensibilizada para o reconhecimento do tema no cotidiano do serviço (PEDROSA; SPINK, 2011). Foram essas questões vivenciadas ao longo da graduação e mais especificamente no estágio curricular da graduanda que nos motivou a revistar os compromissos históricos e fundantes da saúde coletiva para pensarmos nesta articulação potente que o curso tem em defesa da incorporação da perspectiva de gênero nas políticas públicas.

A Saúde Coletiva como campo científico em construção traz em sua formação a interseção das ciências da saúde e das ciências sociais sustentada pelo seu engajamento político para intervir junto às problemáticas sociais que atravessam as condições de saúde dos sujeitos (BOSI; PAIM, 2010). Para tanto, a graduação produz conhecimentos sustentado em sua proposta curricular interdisciplinar a partir das suas disciplinas básicas: epidemiologia, planejamento e gestão e ciências sociais e humanas. Assim, espera-se que este modo de "pensar" e "fazer" em Saúde Coletiva, desenvolva competências nos sanitaristas para uma atuação emancipatória, que consiga ter a noção do sujeito integral, a partir da visão do seu contexto cultural, socioeconômico e político ideológico. Destarte, o desafio lançado à saúde coletiva, principalmente quando se consolida a proposta da graduação na área para a construção de uma prática social engajada em defesa da vida e da saúde do público. Como articulamos nesse arcabouço a “defesa pela equidade de gênero” e justiça tão necessárias em um país com indicadores alarmantes, como de ocorrência de feminicídio e estupro contra mulheres?

Alguns caminhos nos informam que nem sempre as proposições analíticas, quando realizadas no isolamento da disciplina, conseguem evidenciar como as relações sociais atravessam os eventos e agravos que trazem sofrimento e mortes às mulheres, por exemplo, quando indicadores epidemiológicos desagregam os resultados somente por sexo. Porém, quando migramos para o campo do planejamento e gestão de serviços conseguimos crescentemente inserir, com mais clareza, as reivindicações da plataforma política feminista articuladas à outros saberes, como da epidemiologia, citada anteriormente. Assim, estruturar processos de cuidados a partir da realidade de mulheres locais, que contemplem os indicadores que evidenciam características biológicas” tem se mostrado como mais “real” para desconstruir os protocolos estáticos elaborados numa ótica vertical de gestão. Essa singularidade de organizar serviços de saúde se apoiam na compreensão metodológica das ciências humanas e sociais, que com suas ferramentas analíticas, proporcionam compreensão de comportamentos, crenças e valores que estão construindo sentidos e produzindo práticas nos serviços que atravessam as portarias e programações “oficiais” e sistematizam modos

operantes que, por vezes, extrapolam o previsto.

A inclusão destas novas ferramentas, que têm sido estruturadas in loco, nos serviços, com as equipas, durante a formação do sanitarista na UnB, tem nos auxiliado a dar sentido e responder a emblemática pergunta: "por que uma graduação em Saúde Coletiva?" Pois reconhecemos que é na graduação que iremos construir competências para alcançar essa articulação interdisciplinar, com saberes e demandas dos usuários para consolidar a atuação política dos sanitaristas em resposta ao caráter fundante do campo da saúde coletiva (BOSI; PAIM, 2010).

Para construir a "defesa da vida", principalmente no momento político que o Brasil adentrou, a partir do ano de 2016, quando foi deposta do cargo a presidenta eleita democraticamente, é necessário discutir e evidenciar qual posicionamento ético-ideológico político dialoga com a defesa dos direitos sociais e justiça. Por consequência, estamos assumindo nosso posicionamento de militantes feministas, que na construção teórica epistemológica da saúde coletiva, incorporam categorias sociais como gênero, raça/etnia, classe social e geracional para sua aplicabilidade no âmbito das políticas e práticas de saúde. Foi tomada por esta necessidade contextual analítica, que desde a vivência no estágio curricular supervisionado I do curso de Saúde Coletiva, onde o campo de formação foi o Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância Sanitária da Região Leste do Distrito Federal- PAV GIRASSOL, iniciamos nossa reflexão, como sanitarista feministas, para identificar e sistematizar a compreensão de como as categorias gênero e raça estão (ou não) incorporadas nos saberes e práticas da saúde coletiva. No presente artigo, iremos debater a categoria gênero em profundidade, apesar de, na prática e na íntegra da análise do material, não termos cindidos as categorias sociais.

Saúde Coletiva - Desconstrução do modelo de assistência para atenção às complexidades sociais

A graduação em Saúde Coletiva é um curso vivo que se molda de acordo com a experiência e afinidade de cada um por sua área de interesse, não existe uma definição precisa da atuação do sanitarista, pois seu objeto não está centrado em sujeitos individuais, mas em sujeitos coletivos, e este é um objeto vivo e completamente mutável, que exige do profissional dinâmica de recriação conforme o que é demandado do seu contexto de inserção (BOSI; PAIM, 2010). O perfil profissional do sanitarista contempla uma formação interdisciplinar humanista, crítica e reflexiva, com ênfase nas noções de direito à saúde, cidadania e emancipação dos sujeitos, o que o torna qualificado para o exercício das práticas que compõem a saúde pública e coletiva, ancorado nos saberes provenientes da epidemiologia,

política, planejamento, gestão e avaliação em saúde, ciências sociais e humanas em saúde (PAIM; PINTO, 2013).

Os cursos de Saúde Coletiva surgem de uma necessidade social demandada pelos sistemas e serviços de saúde, identificada pela lacuna de um profissional dotado de conhecimento e atitudes pautadas pelo modelo biopsicossocial, que possibilite a participação e atuação multiprofissional, beneficiando o indivíduo e suas comunidades (LOIOLA;CYRINO; ALEXANDRE, 2017). Dispõe de inúmeros desafios por se tratar de uma profissão inovadora para o Sistema Único de Saúde - SUS, entretanto muito coerente para lidar com as crises que o setor vem enfrentando devido à reprodução biomédica centrada no modelo hospitalocêntrico e descontextualizado do indivíduo e do processo saúde-doença do coletivo. Sendo assim, uma importante estratégia para mudança do modelo de atenção à saúde no país e criação de atores sociais em defesa SUS e da Reforma Sanitária Brasileira, de modo a alcançar mudanças articuladas à sociedade civil para além do setor saúde, tornando os sujeitos ativos e participativos e conseqüentemente co-responsáveis pela produção de saúde e bem estar (GONÇALVES, 2015).

Segundo Gonçalves (2015), a saúde coletiva é tida como corrente de pensamento, movimento social e prática teórica, ou seja, contempla dimensões técnica, econômica, política e ideológica, centradas nos valores da democracia, solidariedade, igualdade e justiça. O desígnio da profissão é compreender a situação de saúde e seus determinantes sociais, propondo práticas direcionadas à promoção da saúde, além da prevenção e cuidado aos agravos e doenças. Atributos e competências fundamentais para compreender os fenômenos sociais correlacionados com os patológicos e desenvolver estratégias coerentes para atuar frente aos agravos intersetoriais que demandam grande impacto para saúde pública, como o caso da violência contra as mulheres.

A Saúde Coletiva por ter uma abordagem holística e sistematizada, fornece subsídios para organizar os serviços de atenção integral para prevenir todas as formas de violência contra mulheres e meninas, consolidar redes integradas de atenção e proteção existentes, sendo elas governamentais ou não, sensibilizar profissionais com o intuito de transformar a cultura institucional altamente discriminatória, além de estimular o pertencimento do indivíduo ao seu contexto, de modo que haja apoio mútuo entre os membros dos grupos sociais através do empoderamento comunitário, estabelecendo assim, redes com as organizações para o alcance dos objetivos reais de mudança social (KLEBA; WENDAUSEN, 2009).

O Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência- PAV

Em 2012 foi criado O Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência- PAV - Portaria 141/2012, no Distrito Federal (DF). Ao todo são 19 PAVs distribuídos nas regiões de saúde do Distrito Federal, todos eles sob a coordenação dos núcleos Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violência – NEPAV subordinado a Secretaria de Vigilância à Saúde. Cada PAV realiza atendimento especializado por uma equipe multidisciplinar, variando de acordo com um grupo específico de pessoas em situação de violência, tendo como principais atribuições: o atendimento à estas pessoas numa abordagem biopsicossocial e interdisciplinar; a articulação com a rede de atendimento; os encaminhamentos institucionais e intersetoriais; a promoção da cultura de paz e o monitoramento dos casos de violência. São ações do PAV: Acolhimento- atendimento humanizado no qual o profissional proporciona a escuta qualificada da situação enfrentada pela pessoa; Vigilância- notificação dos casos de violência, análise epidemiológica da situação de violência; Atendimentos- atendimentos individuais, familiares ou grupais (BRASIL, 2017).

O PAV, é um exemplo de proposta de estratégia de integração do cuidado, pois está inserido de maneira transversal nos três níveis de atenção: Primária- através da promoção e prevenção da saúde; educação em saúde dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF); Média e alta complexidade – a equipe multidisciplinar especializada e recebe demandas da urgência e emergência, encaminhamentos externos e ainda é responsável pela capacitação dos profissionais de saúde e pelo monitoramento dos casos de violência da sua região. O PAV Girassol, onde foi realizado o estágio curricular, está localizado no ambulatório do Hospital Regional da Região Leste de Brasília, é responsável pelos casos e suspeitas de violências de 4 regiões urbanas e 1 rural do Distrito Federal, sendo Paranoá, Itapoã, Jardim Botânicos as urbanas e São Sebastião a área rural. No período de realização do estágio, o serviço contava com a seguinte composição de equipe: 01 psicóloga; 01 assistente social, 1 pediatra, 1 enfermeira, 01 técnico administrativo e uma coordenadora.

O PAV é voltado para prevenção secundária, pois atende as vítimas e não os agressores/suspeitos. Trabalham com todos os ciclos de vida, inclusive com os homens e a maioria dos casos são violências intrafamiliar e violência sexual, não é trabalhado o eixo de violência urbana. A metodologia do serviço consiste em dinâmicas com grupos divididos de usuários juntamente com suas famílias, onde o princípio norteador é a resiliência e autonomia, inspirado na máxima “Nossa história não determina o nosso destino” de Bóris Cyrulik, onde são abordados os sentimentos de maneira lúdica - tristeza, vergonha, medo, culpa, raiva e nojo, usando a literatura e a arte como ferramentas de promoção de proteção e

resiliência. No serviço acontecem dois grupos para atender adolescentes do sexo feminino: o de empoderamento voltado para as jovens que sofreram qualquer tipo de violência, onde é trabalhado temas como machismo, gênero e o feminismo, o outro é dedicado às meninas que já sofreram abuso sexual e às suas mães.

O PAV Girassol é reconhecido na rede de atenção do Distrito Federal como serviço de referência no enfrentamento às violências, tem como objetivo realizar pesquisas e efetivar a vigilância às violências a partir de atividades de assistência, promoção e prevenção em saúde, com ênfase em intervenções multidisciplinares norteadas pelo princípio da resiliência, ressignificação das vivências violentas e autonomia dos indivíduos. A fim de desconstruir a naturalização da violência no contexto familiar, é utilizada a estratégia de construção conjunta de orientações do cuidado nos atendimentos mãe e filha. É priorizada a escuta atenta dos relatos das vítimas em todos os atendimentos, oferecendo sempre orientações e suporte para que os mesmos adotem estratégias de proteção para enfrentarem as dificuldades geradas pelas situações de violência, prezando pela autonomia e liberdade dos sujeitos. São feitos estudos de caso entre a psicóloga e a assistente social para avaliar os casos e possíveis evoluções e encaminhamentos aos outros órgãos. Segundo os relatórios técnicos do serviço, são mais de 300 prontuários registrados em atendimento desde a abertura do PAV, sem considerar o trabalho com os familiares e alguns casos que em foram encaminhados para outros serviços, mas que ainda são mantidos os vínculos.

É importante destacar, que no Girassol o indivíduo é trabalhado em sua totalidade contextualizado aos determinantes do ciclo da violência, principalmente nos casos de violência intrafamiliar e intergeracional. A identificação dos usuários e seus respectivos antecedentes é feita pela troca natural de informações através do vínculo e não se limita ao prontuário e a ficha do SINAN A tomada de decisão é baseada na identificação inicial da situação de violência e as condições para tal, avaliando os riscos para pautar o planejamento como dispõe as normativas e o objeto de trabalho é de maneira geral, produzir cuidado e fortalecimento para enfrentar as consequências da violência. Durante o estágio foi notório o cuidado dos profissionais para com os usuários e suas famílias, foi perceptivo os vínculos estabelecidos de maneira horizontal e a empatia perante cada situação de violência, quebrando totalmente o paradigma autoritário médico-paciente.

O Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violência (NEPAV) atua na organização, consolidação, análise e divulgação dos dados referentes à morbimortalidade por violência no Distrito Federal juntamente com o Núcleo de Prevenção e Assistência a Situações de Violência (NUPAV) nas Superintendências Regionais de

Saúde, para produção epidemiológicas mais fidedignas. Pelos dados analisados, saber-se que são altas as subnotificações devido a discrepância da realidade com os dados que chegam no SINAN. O último boletim epidemiológico com esses dados foi emitido em 2015, contemplando a amostra do Distrito Federal como um todo, desconsiderando as regiões de saúde. Tal documento serviu de base para um panorama geral da situação de violência da Região Leste que tem 16,3% do quantitativo de notificações de violência do DF, de um total de 11.541 notificações durante o período de 2011-2015 (MENESES et al, 2016).

Violência contra mulher: a organização do cuidado e a notificação na agenda prioritária da saúde coletiva

Segundo as normativas vigentes no DF, as estratégias de enfrentamento à violência no SUS se dão através das Linhas de Cuidado para Atenção Integral à Saúde, voltado para específicos grupos vulnerabilizados, sendo estes crianças e adolescentes, mulheres, idosos. Essas diretrizes foram utilizadas durante o estágio para teorizar a vivência no PAV Girassol, identificar a rede que este serviço está inserido e compreender o papel da Saúde Coletiva a luz de recomendações institucionais.

O termo “Linha de Cuidado”, trata de uma estratégia para o alcance da atenção integral, tomando como base um dos princípios do SUS - a integralidade, subsidiando a produção de cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, tornando as ações integradas também à sistemas externos, ampliando assim, a garantia de direito, a proteção e defesa de pessoas e/ou grupos vulneráveis à situações de violências. Tal cuidado em Saúde envolve responsabilização e empatia entre todos os sujeitos e atores sociais inseridos no contexto, práticas humanizadas integradas à um conjunto de mecanismos norteadores na relação entre profissional de saúde e usuário. O eixo central é o acolhimento, no sentido de pertencimento do outro, fazer com que o usuário se sinta incluso independente da porta de entrada do serviço, as outras dimensões são: atendimento, notificação e encaminhamentos para a rede de cuidados e de proteção social. O êxito dessas ações depende da integração de todos os recursos disponíveis orientados pela Atenção Primária, bem como a comunicação intersetorial, de modo que a lógica da assistência em saúde centrada no saber médico seja superada. (BRASIL, 2015).

Porém, a integração deste recursos no cotidiano das práticas nem sempre são efetivados para consolidar a integralidade do cuidado, devido a diversos fatores, dentre eles a dificuldade ainda presente da desconstrução do modelo de atenção biomédico, que se mostra impermeável a prática multidisciplinar e ação intersetorial, tão necessário, principalmente para lidar com a complexidade da violência (PEDROSA; DINIZ; MOURA,

2016). A violência representa uma grave complexidade social na saúde pública e por isso implica em planejamentos peculiares para tal especificidades, que envolvam integração de sistemas públicos com o objetivo de atuar de forma articulada e intersetorial para obter continuidade do cuidado e proteção social. Este cuidado é responsabilidade de todos os profissionais envolvidos no território de modo que as ações e estratégias estejam organizadas em redes de atenção.

Minayo (2005) aponta origem da violência como um fenômeno sócio histórico presente em toda a trajetória do ser humano, que passa a se tornar um problema de saúde pública a medida que acomete o adoecimento do coletivo. Em 1996, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Ministério da Saúde reconheceu e declarou a relevância da violência para a saúde pública, sendo este um fator potencial agravante não só para a qualidade de vida individual, mas que implica em perdas econômicas, sociais e de direitos humanos. A violência é definida pela OMS como: *“o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”*. (WHO, 1996). Tal definição não contempla a violência como um todo, pois esta possui diferentes tipologias e formas de manifestações que variam de acordo com a especificidade de sua natureza.

A violência contra a mulher advém de um longo processo histórico que culmina na perpetuação da violência nos padrões sociais, provindo de uma construção histórica baseado no legado sexista característica da cultura ocidental, associadas com questões de gênero, raça/etnia e suas relações de poder, onde a mulher sempre esteve subordinada à uma ordem patriarcal, desprovida de qualquer direito social, econômico ou político, onde sua única função era vista como meio de procriação, atingindo assim os limites da violência (PINAFI, 2007). Tal discriminação permeia as relações sociais nos dias de hoje e é refletida institucionalmente na dificuldade de identificação da violência entre as mulheres e meninas, e em assumir o cuidado isento de julgamento moral, o que representa forte barreira para efetivação dos direitos.

O conceito de violência contra as mulheres - colocado no plural para dar visibilidade às diversidades entre as mulheres- segundo a política nacional, compreende em: *“Qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.”* (Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra às Mulheres, página 19, 2011.) As violências contra as

mulheres e suas consequências, constituem em uma das principais formas de violação aos seus direitos humanos, pois atinge o direito à vida, à saúde e toda a sua integridade. Não existem estatísticas oficiais que apontem a magnitude desse fenômeno (BRASIL, 2011).

A violência que acomete mais mulheres no Brasil e no mundo são as violências domésticas praticadas por parceiros íntimos. O Governo Federal registrou que mais de 40% das mulheres brasileiras já sofreram violência doméstica e 60% dos brasileiros já presenciaram uma mulher sendo agredida (BRASIL 2017). Segundo o mapa da violência de 2015 publicado pela Organização Mundial da Saúde - OMS, o Brasil ocupa o 5º lugar em assassinatos de mulheres, em um comparativo internacional de 83 países (WAISELFISZ, 2015). Em Brasília, no ano de 2011 foram notificados 1.793 casos de violência em todo o Distrito Federal, destes casos, 63% as vítimas eram mulheres (DURÃES, 2014). O relatório de 2013 da Comissão Parlamentar Mista de Inquéritos, revelou que o DF ocupa o 8º do ranking nacional de violência contra mulher, são 5,8 homicídios por 100 mil mulheres, Brasília 17º posição das capitais mais violentas para mulheres (FEDERAL, 2013).

Os esforços contra as formas de violência e criação de medidas de enfrentamento são permeada por movimentos feministas e sociais que culminaram em acordos internacionais e políticas públicas de governo. Na década de 50 a Organização das Nações Unidas - ONU criou a comissão de status da mulher, este foi o primeiro reconhecimento internacional que afirma os direitos entre homens e mulheres através de uma série de tratados e na declaração universal dos direitos humanos (BLAY, 2003). Posteriormente, as principais referências normativas foram: Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher - CEDAW (1981), Convenção Interamericana em Belém para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher (1994). O principal marco normativo nacional foi a Constituição Federal de 1988 em consonância com tratados internacionais ratificados pelo Brasil, onde os Artigos 5º e 226º trazem a obrigatoriedade e responsabilidade do Estado para com a vida e a segurança sem discriminação, dispõe ainda sobre a assistência e mecanismos de proteção e coibição da violência no âmbito das relações familiares (BLAY, 2003).

O conceito de enfrentamento descrito pela política nacional de 2011, diz respeito à organizações articuladas e amplas frente à complexidade da violência contra a mulher em todas as suas expressões, de modo que estas não se limitem à noção do combate, mas compreenda também à desconstrução de desigualdades de gênero na dimensão da prevenção, da assistência e na garantia de direito das mulheres (BRASIL, 2011). As medidas legais e normativas devem estar sensíveis à desigualdade de gênero não só no cenário da

prática da violência mas, devendo contemplar o âmbito institucional que reproduz condutas discriminatórias que acabam vulnerabilizando ainda mais as mulheres violadas. As intervenções devem ser coordenadas, integradas e multisetoriais, com abordagens abrangentes e problematizadoras da violência (causas sócio- econômicas, pobreza, discriminação de gênero e desigualdade) (BRASIL, 2011).

Como ferramenta para conhecer a magnitude e a gravidade das violências, o Ministério da Saúde implantou em 2001 a notificação das violências caracterizadas na época como maus tratos, através da Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências. Em 2004 foi expandido esta prática para outras instâncias com a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (Portaria MS/GM nº 936/04) e assim, estruturou-se um fluxo para notificação nos serviços e o começo da organização como rede de enfrentamento e proteção social. Em 2006 foi criado o Sistema de Vigilância e Acidentes - VIVA, com o objetivo de atuar diretamente no monitoramento da prevalência da violência e na identificação dos grupos acometidos por tal. A obrigatoriedade da notificação de violências e suspeita de violência só foi estabelecida em 2010, através da Portaria MS/GM nº 942, antes os dados eram limitados ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e aos casos registrados através de boletins de ocorrência (BO) (BRASIL, 2013).

A padronização e obrigatoriedade da ficha de notificação e a inclusão deste no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (2008) subsidiaram o matriciamento entre os níveis de atenção direto e indireto do território, como responsabilidade institucional e não meramente individual e assim, o primeiro passo para o planejamento da atenção integral à saúde. O preenchimento desta ficha pode ser feito por qualquer profissional ficando a cargo do mesmo decidir o melhor momento para realizar o registro, entretanto exige cautela e não pode ser feito por uma lógica meramente burocrática, implica em proteção e cuidado, como um instrumento de resguardo, não de denúncia e punição. O apoio aos sujeitos notificadores é fundamental na prevenção de retaliações, o cuidado deve contemplar os profissionais também. A ficha é composta por um conjunto de variáveis e categorias que retratam as violências perpetradas contra si (provocadas), contra outra pessoa ou contra grupos populacionais (Violência interpessoal). Em 2015 a ficha passou por uma revisão, agregando questões de gênero e orientação sexual (BRASIL,2013)

O governo brasileiro formulou em 2004 um Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) e uma secretaria vinculada à Presidência da República para colocar em prática essa política. A criação da Lei nº 11. 340 - Maria da Penha em 2006 também trouxe

subsídios para diagnósticos mais precisos da magnitude da violência contra mulher, embora ainda sejam dados invisibilizados (DUARTE et al., 2009). O protagonismo da mulher na elaboração e execução de projetos e intervenções é fundamental para estabelecer coerência de tais ações, de modo que tenham um caráter protetivo e preventivo.

Nesse cenário, entendemos ser estes um dos desafios e demandas postos para efetivação da Saúde Coletiva enquanto ainda um campo em construção de práticas. Na vivência do estágio curricular do curso de Saúde Coletiva, no Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância Sanitária da Região Leste - PAV GIRASSOL durante o primeiro semestre de 2017, buscamos compreender como a organização da rede de cuidados no contexto da Atenção Primária à Saúde, e a organização das linhas de cuidado que orientam a adequação do serviço de saúde à rede de proteção social e enfrentamento às situações de violência no território. Naquele momento analisamos a violência contra todos os grupos vulnerabilizados e não apenas a violência contra mulher.

Dessa forma, no presente estudo, pautadas nas experiências do PAV, buscamos refletir a potência das ações da saúde coletiva, no enfrentamento à violência, trazendo para si o compromisso de incorporar a perspectiva de gênero nas suas práticas.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato descritivo exploratório, baseado na análise do diário de campo construído na experiência de estágio e na revisão bibliográfica sobre os temas saúde coletiva, gênero, equidade e políticas de saúde.

O diário de campo foi a fonte escolhida para análise porque durante as atividades curriculares buscou-se compreender e refletir como no contexto da Atenção Primária à Saúde, tem se dado a organização das linhas de cuidado que orientam a adequação do serviço de saúde à rede de proteção social e enfrentamento às situações de violência no território. No diário de campo foram destacados as seguintes seções: 1) Diagnóstico situacional do PAV onde foram levantadas informações como: quem acessa o serviço, quais equipamentos da rede demandam o PAV, qual o perfil das pessoas que sofreram violência e foram notificadas na vigilância; 2) Sistematização dos dados dos usuários ativos e a visualização de um fluxo interno de referência e contra referência a partir das informações levantadas; 3) Identificação e reconhecimento, por meio de entrevistas com atores dos serviços da APS, dos casos de violência que recebem e como se conectam com a atenção à violência na Região Leste do Distrito Federal.

Importante destacar que esta última seção fez parte do resultado de um questionário

aplicado no território de saúde, com apoio de outros colegas estagiários. Essa atividade colaborativa realizadas por estudantes de estágio 1 em saúde coletiva, resultou da aceitação de serem coparticipantes no levantamento de informações sobre a ocorrência de violências, nos diferentes campos de formação de estágio em que os estudantes estavam atuando na região leste de saúde de Brasília.

Para compreender como tem se dado a atuação da saúde coletiva, mais especificamente de sanitaristas egressos dos cursos de graduação, no planejamento e na prática do serviço de saúde, foi realizado para este estudo um levantamento bibliográfico nas bases de dados Scielo Saúde Pública e Lilacs. As buscas foram norteadas pelos seguintes descritores: “competências da Saúde Coletiva”, “sanitarista”, “formação em Saúde Coletiva”, ao todo foram selecionados 14 estudos mediante aos critérios: título, resumo e ano da publicação, neste momento não utilizamos o filtro para análise da perspectiva de gênero e raça. Foi aplicado a análise temática de conteúdo, que consiste em estruturar o texto em categorias segundo reagrupamento, foram estes: violência como problema de saúde pública, construção de rede de cuidado como caminho para enfrentamento dessa problemática e competências e habilidades da saúde coletiva frente à violência.

A análise qualitativa dos artigos seguiu os passos: 1) leitura completa dos artigos com o objetivo de apreender o conteúdo geral e identificar as temáticas estudadas; 2) identificação e agrupamento temáticos em núcleos de sentido; 3) comparação entre os diferentes núcleos de sentido presentes nos artigos analisados; 4) categorização dos núcleos de sentido em eixos para ampliação da análise 5) sínteses interpretativas a partir dos núcleos de sentido que estavam associados a temática em questão (MINAYO, 1993).

Portanto, nossa análise abarcou o diário de campo, a revisão bibliográfica que nos auxiliou na criação de uma linha argumentativa sobre a articulação das questões de gênero no campo da saúde coletiva, com interesse especial para a discussão da organização de serviços e as redes de atenção às pessoas em situação de violência, apoiadas nas experiências vividas no PAV. Dessa forma, o objeto de interesse deste estudo foi originário das reflexões do percurso narrativo de estágio que geraram outras inquietações, por exemplo, de como os sanitaristas podem agregar suas competências e habilidades para o fortalecimento da incorporação de gênero em ações, programas e políticas de saúde.

RESULTADOS

O acompanhamento do Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência-PAV Girassol do DF possibilitou o “olhar de dentro” de um serviço da rede de cuidados às

pessoas que sofreram violência no DF, foi a partir deste cenário que articulamos nossa compreensão de como, na atribuição de sanitaristas, podemos problematizar, recriar e fortalecer ações, programas e políticas comprometidos a incorporação de gênero nas suas agendas. Destacamos que a vivência do PAV foi um propulsor para a reflexão e que, não temos como intenção neste presente estudo avaliarmos as práticas locais e sim, pautadas nas ações do serviços, discorremos como a perspectiva de gênero, quando incorporada nas práticas da saúde coletiva, possibilita a promoção dos direitos das mulheres.

Sistematização de indicadores para visibilizar as desigualdades de gênero: articulações intersetoriais para promover saúde e direitos

Durante a realização do estágio curricular, a equipe do serviço sinalizou a necessidade da sistematização das fichas do SINAN dos usuários ativos do PAV Girassol, para melhorar o planejamento das ações. A estagiária com dois egressos da curso de saúde coletiva que estavam como apoiadores do estágio, elaboraram uma sistematização, seguindo a lógica de planejamento em saúde. Porém, nesta sistematização, foram consideradas também as que não tinham identificação do SINAN, porém eram fichas que estavam em acompanhamento ou aguardavam para serem chamados, esses dados foram incluídos para dar subsídios no delineamento do panorama situacional dos usuários e atuação do serviço como dispositivo de enfrentamento à violência.

Embora o PAV seja um serviço sem restrição de público em relação ao gênero, os usuários são predominantemente mulheres (75%). Outro indicador que chama a atenção para o rigor da notificação é que a maioria das fichas não constavam o preenchimento da questão racial, aparecia como ignorado, comprometendo assim, a análise deste quesito na notificação. Nota-se no cotidiano no serviço, a predominância de usuários negros, porém o que os dados mostraram, quando identificados, é a predominância da população branca como mais acometida pelas situações de violências.

Os dados do PAV também revelam a concentração da ocorrência da violência para a população urbana, pois a cobertura dos usuários adscritos na Região Leste, são de casos acompanhados majoritariamente da área urbana, evidenciando a lacuna da identificação dos casos de violência na zona rural. Os poucos casos vindos da zona rural foram encaminhados pelas equipes de saúde da família e pelo Núcleo Regional de Atendimentos Domiciliar - NRAD, sendo estes casos antigos, o que implica a necessidade de atualização dos profissionais que estão nestas áreas e ferramentas que criem acesso e continuidade do cuidado para estas populações.

Quanto à tipologia da violência analisados dos dados preenchidos na ficha do SINAN, o perfil de violência na região leste, segundo os usuários ativos do PAV Girassol, se caracterizam por física, psicológica/moral e sexual, sendo esta última, o tipo de violência prevalente. Conforme mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 01- Perfil da violência sexual dos usuários do PAV- GIRASSOL, 2017:



Fonte: Autora

Em relação à violência sexual, o que o serviço descreve como uma importante lacuna, é em relação aos encaminhamentos para os procedimentos profiláticos nas fichas notificadas. Essa categoria mostrou a dificuldade de compreensão sobre a importância da notificação, pois a maior parte das fichas dos vários casos de violência sexual e a marcação do procedimento profilático constava como “não se aplica”.

Saberes e fazeres necessários à saúde coletiva: organização de sistemas e serviços na perspectiva de gênero para a questão da violência

A partir da vivência e compreensão dos dados do PAV pudemos revisitar os compromissos da saúde coletiva na promoção da integralidade do cuidado e neste caso, focamos especificamente em como a inserção dos marcadores sociais gênero e raça irão possibilitar ampliar a promoção da equidade no SUS. Posto isso, buscamos ilustrar como são vastos os caminhos na saúde, para uma resposta mais efetiva as mulheres que sofrem violência. Na seção seguinte iremos propor a partir da prática dos sanitarista algumas dimensões organizativas para a incorporação da perspectiva de gênero, para consolidar as ações sugeridas. Para tanto, defendemos estes processos, elencados como atribuição do sanitarista, que vem ocupando espaços estratégicos para consolidação do SUS, a fim de

superar os desafios crônicos da organização dos processos de trabalho em saúde, emergem como desafios necessários na negociação estratégica desta nova ocupação.

A ficha de notificação materializando direitos da proteção social

A ficha de notificação é utilizada em alguns serviços de saúde como uma ferramenta analítica dos ciclos e percursos que as mulheres vivenciam quando submetidas à violências recorrentes. O uso desta ferramenta já estrutura processos de cuidados em Programas como o Iluminar Campinas que busca articular em redes os setores envolvidos a partir das informações da ficha (PEDROSA;DINIZ;MOURA,2016). Dessa forma, para além da materialização do dado no SINAN, reconhecemos essa ficha como ferramenta organizativa de processos de cuidado e de trabalho e que portanto, deve contemplar todos os desdobramentos necessários para a incorporação da perspectiva de gênero em sua qualificação e análise.

A dificuldade que profissionais relatam e evidenciam para promover a visibilidade da violência nos serviços de saúde, tem sido abordada em diversos estudos, que no campo da saúde trazem como referência no Brasil, as pesquisadoras Lilia Blima Schraiber e Ana Flávia Pires d'Oliveira (2013), que iniciaram a discussão no âmbito da saúde coletiva. Uma das dificuldades relatadas para visibilizar a violência contra mulher é a “solidão dos serviços de saúde ” no encaminhamento dos casos. Porém, o que vivenciamos em muitas cidades, não é “ausência concreta” de uma rede, mas a invisibilidade e desarticulação desta rede. Uma das suposições para essa “desconexão” é que ainda predomina nos serviços a dificuldade de “se ver” e se posicionar em redes de cuidado, ou seja, os serviços da atenção primária à saúde não colocam a ação intersetorial como ordenadoras da atenção e isso rompe com a garantia da equidade em saúde, pois a área em si, não responde às necessidades dos sujeitos.

Deste modo, compreendemos que são nos espaços da gestão e planejamento em saúde - competências específicas dos sanitaristas - que iremos resgatar este compromisso de articular os setores que completam o cuidado e atenção às mulheres em situação de violência. Aos assumirmos no processo de discussão e implementação do planejamento das ações, serviços, sistemas e redes de saúde, a incorporação da perspectiva de gênero e raça, desconstruirmos a noção que estes marcadores são temas novos e de difícil manejo para gestores e profissionais, e inserimos uma nova perspectiva de análise das situações de saúde, uma vez que adotamos o enfoque nos determinantes sociais da saúde.

Para que a ficha de notificação possa ser lançada como um instrumento qualitativo deste processo de organização da saúde coletiva e promotora de equidade de gênero e raça, a

sensibilização para o correto preenchimento deve ser efetivada na lógica da educação permanente em saúde, que traz a noção de aprendizagem significativa para modificar as práticas profissionais. Metodologias como, o uso de estudos de casos que explicita a vulnerabilidade social a que está acometida uma mulher em situação de violência, pode ser um importante propulsor deste processo de significação nas ações de educação permanente conduzida pelos sanitaristas, como iremos aprofundar mais adiante.

Segundo dados brasileiros, a violência está presente na vida de uma em cada quatro mulheres (FEDERAL,2015), esta estatística tem se confirmado nas oficina de formação para o tema que temos realizado, quando as/os participantes – profissionais de saúde- conhecem, em seu ciclo de convivência, pelo menos uma mulher que sofre, ou já sofreu violência.

Construir uma linha de cuidado considerando todos os aspectos que precisam ser acionados para retirarmos as mulheres da situação de sofrimento e agravos, são modos propositivos de inserir a perspectiva de gênero nos projetos terapêuticos. Cabe, portanto, uma análise singular das informações das fichas de notificação para elaboração destes projetos. Quais seriam portanto as informações que materializam a necessidade de articulação intersetorial? Reconhecer, por exemplo, que a condição de desemprego e baixa autonomia financeira das mulheres são fatores agravantes para permanência em relações violentas, dada a dependência econômica, principalmente quando há a presença de filhos menores de 16 anos; demanda a articulação com medidas de proteção social, como o acesso a benefícios sociais, à políticas de desenvolvimento econômico e geração de renda as mulheres através de cursos profissionalizantes, a programas habitacionais para acesso a espaços de moradia digno que garanta o acesso às mulheres como proprietárias do imóvel. A ausência de vagas para as crianças em creches públicas e escolas em tempo integral também determinantes para a mobilidade das mulheres para o mercado de trabalho, uma vez que são elas as responsáveis por essa organização familiar do cuidado dos filhos e também dos idosos.

Neste sentido, ao iniciar um atendimento, tendo as fichas de notificação como uma possível “biografia” da violência na vida da mulher, como o PAV tem proposto, pode ser um novo modo organizativo do projeto terapêutico singular (PTS), pois desta forma, podemos visualizar e acionar serviços e atores sociais para “a roda do cuidado”, agregando no projeto terapêutico singular, todos os parceiros que irão facilitar processos de mudanças na vida das mulheres. Ao analisarmos, em outro estudo em elaboração, as manchetes sobre a ocorrência de feminicídios nas cidades de Brasília, notamos que assim como em outras regiões e cidades, as mulheres que foram assassinadas por seus companheiros violentos,

tentaram buscar apoio em algum ponto da rede, porém a desarticulação dos serviços e políticas parece não dar sustentação a uma resposta efetiva que consiga oferecer a estas mulheres saídas possíveis.

Projetos terapêuticos singulares: a lente para uma visão ampliada para os marcadores sociais

Outra forma necessária de incorporar a perspectiva de gênero nas políticas e programas às mulheres que sofrem violência é integrar na organização de serviços de Atenção Primária, no acesso e acolhimento, protocolos sobre a percepção da violência contra mulher.

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e tem como proposta inverter a lógica de organização e de funcionamento dos serviços de saúde, considerando alguns princípios estruturantes das práticas de saúde coletiva, como descritos por Franco et al. (2007):

a)- Atender todas as pessoas que procuram serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal e resolutividade considerando a incorporação das categorias gênero e raça: o serviço de saúde assumiria sua função de acolher, escutar, e dar resposta positiva capaz de resolver os problemas de saúde das mulheres, numa ótica ampliada, para além das questões biomédicas. As mulheres com queixas recorrentes, sofrimento mental intenso e sintomas associados a vulnerabilidades como: exposição a miséria - geracional ou agudo, abortos espontâneos, doenças ginecológicas, pré-natal tardio, gravidez na adolescência, tentativa ou ideação suicida, entre diversos fatores que são prevalentes em vivências de violência, devem ser escutadas, orientadas e inseridas numa rede externa ao serviço de saúde, como parte estruturante de seus PTS, de modo que os profissionais não apenas oriente e encaminhe, mas siga o fluxo, matricie os atendimentos e atividades, sempre articulando setores de atenção.

b)- Reorganização do processo de trabalho deslocando o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional: as pessoas envolvidas no acolhimento - equipe de acolhimento - superam os limites disciplinares e promovem uma escuta da usuária, comprometendo-se a resolverem seu problema de saúde. No caso da mulher em situação de violência, geralmente a consulta médica é requisitada para os casos em que ela se justifica como abordagem complementar ao tratamento e acompanhamento dos agravos da violência. É importante destacar a atenção para o risco da medicalização da violência, Ana Flavia P. d'Oliveira, em sua tese de doutorado (d'Oliveira, 2000) discute as vantagens e desvantagens de remeter a violência para dentro da saúde, e a medicalização surge como uma das

desvantagens, uma vez que quando a equipe não está preparada para lidar com o tema, acaba patologizando ou reduzindo a situação a um fator de risco.

Essa abordagem multidisciplinar discutida por Franco et al (2007) para organizar a porta de entrada possibilita ainda que esta equipe reverta as iniquidades e violências que o próprio sistema de saúde muitas vezes promove, como por exemplo, quando oferta de modo diferenciado à mulheres negras e brancas o acesso a atendimentos e procedimentos. No Brasil, as mortes maternas estão diretamente relacionadas a violação dos direitos reprodutivos das mulheres, sendo as mulheres negras, as protagonistas de 60% desses óbitos durante a gravidez e o puerpério, segundo o Ministério da Saúde, 90% dessas mortes, são causas evitáveis. Estas mulheres não são aceitas de primeira na maioria das maternidades e durante o parto, recebem menos analgesias e anestésias. Esses fatores se relacionam diretamente com o elevado índice de mortes maternas negras provocadas por eclâmpsia, em decorrência do diagnóstico errôneo no exame pré-natal (FERREIRA, 2016).

A reestruturação da porta de entrada de um serviço, considerando as necessidade das mulheres proporciona a criação de uma rede de cuidado responsiva e sensibilizada com as questões de gênero, de modo que todos os profissionais de nível superior e ainda os auxiliares e os técnicos de enfermagem participem da assistência direta à usuária. As linhas de cuidados são perpassadas por essa questão, possibilitando a singularidade do território de cuidado. Para tanto, a qualificação da relação trabalhador-usuário, que segundo os autores Franco et al (2007), deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania visa aqui na nossa proposta, a organização dos fluxos de porta de entrada considerando as perspectivas de gênero e raça. Neste caso, é possível “acessar” os casos de sofrimentos, derivados de violência, que se apresentam sem a expressão “visível” no corpo, mas estão carregadas de intenso danos emocionais que justifica a inserção das usuárias no protocolo de atendimento imediato, pois se as mulheres são identificadas como “casos que devem aguardar uma agenda mais extensa” elas podem, neste período de espera, ter o agravamento da situação, chegando a exposição de risco de morte.

O acolhimento, quando articulado com a rede intersetorial “oficial” e social da comunidade, responde como promotor de saúde e direitos, uma vez que agrega outros mecanismos de autonomia e emancipação social as mulheres. Neste sentido, os cuidados dos agravos da saúde associados a questões de violência, são tratados na ótica da integralidade e continuidade do cuidado. Para estruturar estes processos de trabalho é necessário inserir na pauta da gestão a formação e preparação dos profissionais de saúde, da rede integral de atenção e da comunidade, para tal buscamos a educação permanente em

saúde e a educação em saúde como estratégias.

Educação em Saúde: mapeando os sujeitos sociais e atores institucionais para lidar com a violência de gênero

O núcleo de Educação em Saúde na graduação em Saúde Coletiva busca desenvolver competências para que o/a sanitarista atue em práticas pedagógicas para o desenvolvimento profissional; para a mobilização popular e ativismo comunitário e vislumbramos neste “fazer” o espaço necessário para que possamos promover a formação e capacitação de gestores e agentes públicos de diversas secretarias e espaço de gestão; de ativistas sociais; entidades; grupos e conselhos para estruturação de ações integradas em defesas das mulheres (BRASIL, 2017).

Sejam pela expertise da condução da educação permanente em saúde e práticas pedagógicas em serviços de saúde e/ou pela educação popular em saúde e ativismo comunitário o/a sanitarista a partir da visão integrada de saúde consegue estruturar estratégias para ações comunitárias em defesa da vida e enfrentamento das iniquidades sociais e sanitárias.

Dessa forma, entendemos que ao identificar aliados estruturais e conjunturais para a condução da gestão das políticas de gênero os profissionais sanitaristas podem assumir a liderança dos processo de discussão e implementação do planejamento das ações, serviços, sistemas e redes de saúde utilizando a metodologia da educação em saúde (GONÇALVES, 2015). Essa liderança do sanitarista em defesa da promoção da equidade das mulheres, se faz necessária principalmente em um momento político em que os cortes no orçamento público atingiram em especial as mulheres, e em específico as ações para a promoção da autonomia e o combate à violência contra a mulher, que foram praticamente extintas a partir de 2016.

Espera-se portanto que os sanitaristas ocupem espaços estratégicos para consolidação do SUS tendo como norteador de suas ações o compromisso de organizar os processos de trabalho em saúde em rede de modo emancipatório aos usuários, em especial as mulheres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema de saúde fragmentado que ainda se pratica no SUS não é capaz de responder com efetividade, eficiência e qualidade à situação social e de saúde vigente. Os sanitaristas ao estabelecerem um plano de ação continuado no campo das necessidades da proteção social, trazem para este cenário as situações de desigualdades de saúde, como gênero e raça, viabilizando assim as condições necessárias para fomentar a promoção da saúde e o acesso aos serviços, de modo a garantir que o indivíduo acesse os seus direitos de

maneira integral e contínua (LOIOLA;CYRINO; ALEXANDRE, 2017). Através do incentivo à mobilização das redes institucionais e da sociedade civil , é possível obter estratégias de enfrentamento à violência de maneira contínua e integral, visualizamos esta atribuição como um dos principais objetivos da profissão do sanitarista.

O enfrentamento da violência contra a mulher não tem um locus específico para ser iniciado, pois está perpassando a vida das mulheres em todos espaços e instituições sociais, porém a área da saúde, dado a emergência da questão nas condições de saúde das mulheres, tem o compromisso de chamar para si, a articulação e mobilização da atenção para estas mulheres em situação de vulnerabilidade. Identificamos assim, no campo da Saúde Coletiva e, em especial na atribuição do sanitarista - como um profissional híbrido que surge para potencializar as ações de defesa da saúde pública comprometida com os processos sociais - a oportunidade de fomentarmos políticas sociais em defesa da equidade de gênero e raça.

O movimento pela Reforma Sanitária no Brasil caracterizado por ser ser um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos políticos jurídicos, institucional e operativo para dar conta de prover saúde como um direito universal, conclama cotidianamente o resgate da ampliação da consciência sanitária que comporte nas suas práticas e fazeres um novo paradigma ético assistencial. Neste sentido, a reflexão aqui proposta vai ao encontro de um projeto que repense a reorganização da sociedade a partir do setor saúde, quando defendemos a inclusão da perspectiva de gênero na gestão das políticas sociais como um caminho para dar visibilidade à violência contra a mulher presente na sociedade.

Neste sentido buscamos por meio das atribuições dos sanitaristas identificar possíveis construções de processos organizativos que deem conta de potencializar a implementação de políticas e programas de promoção da equidade de gênero e enfrentamento da violência. Esse trajeto não foi isento de angústias, uma vez que vivenciamos um momento político crítico, com cortes drásticos e desestruturantes no orçamento de áreas sociais, o que significa que as mulheres serão ainda mais afetadas, principalmente as mulheres mais pobres que dependem das políticas públicas, que uma vez desarticuladas, desarticulam também proposições como estas que trazemos no presente trabalho.

Essa aposta política-econômica atravessa agudamente as políticas públicas elaboradas nos últimos anos em defesa das mulheres e nos coloca, como sanitaristas, o desafio de confrontar esse cenário com proposições resistentes e articuladas com os movimento social de mulheres. O resgate da participação social no planejamento da saúde,

se torna assim urgente para lidar com os retrocessos que expõem o quanto nossa sociedade patriarcal minimiza as desigualdades de gênero na sua estrutura.

A questão da violência contra as mulheres tem se mostrado como tema transversal e cada vez mais urgente na agenda da saúde coletiva. O Atlas da violência do Brasil de 2018, trouxe uma série histórica dos últimos dez anos (considerando o último ano 2016), retratando a gravidade do assassinato de mulheres, que somente no ano de 2016, foram registrados 4.645 mulheres foram assassinadas no país, o que representa uma taxa de 4,5 homicídios para cada 100 mil brasileiras. Essa situação continua bastante grave entre as mulheres negras, em dez anos, observa-se um aumento de 6,4% taxa de homicídios para cada 100 mil mulheres negras aumentou 15,4%, paralelo a queda entre as não negras de 8%. A diferença de mortes de mulheres negras entre as não negras representou 71%, sendo maior entre mulheres negras (CERQUEIRA, 2018). Esse dados delegam ainda mais ao setor saúde a responsabilidade de intervir na promoção da mudança dessa cultura misógina e de racismo.

A questão racial, apesar de não ter sido aprofundada na reflexão deste estudo, está intrínseca ao marcador gênero, de modo que não dissociamos o impacto de ambos na análise da situação de saúde. No PAV foi possível identificar a dificuldade de trabalhar esses indicadores, uma vez que visualmente se nota que a maioria dos usuários em seguimento são negros, entretanto os dados encontrados no sistema mostraram que a população branca foi identificada sendo a mais acometida pelas situações de violência. Esses registros denotam o distanciamento que ainda perdura nos serviços do compromisso e ética para com o/a usuário. Inviabilizar um indicador tão necessário para dar a magnitude do problema evidencia a naturalização e a banalização com que os profissionais de saúde tratam questões tão complexas.

Como respostas a estas demandas, em novembro de 2017 a equipe do PAV Girassol, com apoio de uma estudante do Curso de Serviço Social da UnB - Andreia Simplicio, mobilizou a rede para uma Capacitação que promoveu intitulada “ Raça, Gênero e Violências: interfaces com o SUS”, visando o fortalecimento e engajamento dos atores da rede de cuidados na luta antirracista e denunciando a violência institucional ainda presente no SUS. O PAV possibilitou também um olhar cuidadoso sobre o território de ocorrência das violências, o que permitiu a reflexão para a invisibilidade da violência contra as mulheres da área rural. A concentração de indicadores de violência está na área urbana e isso traz efeitos diretos no planejamento das ações de saúde das mulheres rurais. Evidencia ainda, que na atenção primária, que deveria ser o eixo ordenador da identificação das

situações de violência, existe uma grande lacuna compreensiva do diagnóstico situacional e das redes de apoio que estas mulheres rurais podem acessar.

Concluimos assim que acreditamos que a saúde coletiva no seu papel de promotora de cidadania em defesa dos direitos humanos, assume a responsabilidade de fomentar ações, programas e políticas para a superação das desigualdades entre homens e mulheres juntamente com outros atores e setores sociais. E identificamos nas atribuições do sanitarista- bacharel em saúde coletiva, com sua “*formação integral, crítica, reflexiva e ética, sob a perspectiva da integralidade na atenção à saúde, da participação popular e da descentralização político-administrativa*” (Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva, página 9, 2017) , um locus potentes para desencadear estes processos tanto no âmbito da saúde, como de outros setores como: a segurança pública, assistência social, educação, ministério público, conselhos de defesa dos direitos, organismos não governamentais e em todos os outros espaços onde podemos pensar e estruturar saberes e práticas em defesa da construção de relações igualitárias.

Esperamos com este trabalho, a partir de uma vivência no âmbito formativo do estágio, pautadas pelo referencial teórico feminista e da saúde coletiva emancipatória, ampliar o escopo de atuação do sanitarista propondo novas invenções metodológicas e criativas voltadas para sociedade e permeadas pela ética, justiça e paz.

REFERÊNCIAS

1. BLAY, Eva Alterman. Violência contra a mulher e políticas públicas. Estudos avançados, v. 17, n. 49, 2003.
2. BOSI, M. L. M.; PAIM, J. S. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. Ciência & Saúde Coletiva, v.15, n. 4, 2010.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências: orientação para gestores e profissionais de saúde*. Brasília; Ministério da Saúde; 2015
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Coordenação-Geral de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes. *Viva: vigilância de violências e acidentes: 2009, 2010 e 2011 / Viva: violence and accidents surveillance: 2009, 2010 e 2011*. Brasília; Ministério da Saúde; jun. 2013

5. BRASIL. Ministério da Educação (MEC). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES 242/2017, de 6 de junho de 2017: Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva. 2017
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violências (PAV) no cronograma da Regional de Saúde, subordinado diretamente ao Coordenador Geral de Saúde: Portaria n. 141 de 17/07/2012. Brasília, DF, 19 de Julho de 2012
7. BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília, 2011 Disponível em: <<http://spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/politica-nacional>>.
8. BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência – PAV. Brasília, 16 de Março de 2017. Disponível em:<<http://www.saude.df.gov.br/programas/283-programas-acidentes-e-violencias.htm>>
9. CERQUEIRA, Daniel Coordenador et al. Atlas da violência 2018. 2018.
10. d'Oliveira AFPL ; Schraiber LB . Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. Revista de Medicina (São Paulo. Online), v. 92, p. 134-140, 2013.
11. D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência de Gênero, Necessidades de Saúde e Uso de Serviços em Atenção Primária. 2000. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, University of São Paulo, São Paulo, 2000. doi:10.11606/T.5.2000.tde-10102006-151619.
12. DUARTE, Jozi Rubia Ingnácio et al. Violência contra a mulher e a Lei Maria da Penha. Revista do Direito Público, v. 4, n. 1, p. 236-246, 2009.
13. DURÃES, Nayara Alarcão Ornelas. Violência contra vítimas do sexo feminino uma análise dos dados de vigilância no Distrito Federal em 2011. 2014.
14. FEDERAL, Senado. Relatório final. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito: com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência. 2013.
15. FERREIRA, Kauara Rodrigues Dias. Racismo e sexismo em instituições de saúde do DF: pré-natal, parto e pós-parto de mulheres negras. 2016.

16. FRANCO, T. B. O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. [et al.] O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2007
17. GONÇALVES, Juliana. Formação do profissional sanitário: caminhos e percalços. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2015
18. KLEBA, Maria Elisabeth; WENDAUSEN, Agueda. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. 2009. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil.
19. KNAUTH, Daniela Riva. Mudanças na saúde coletiva e suas inflexões na incorporação da categoria gênero. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 14, n. 4, p. 1014-1016, ago. 2009 .
20. LOIOLA, Andrey Almeida; CYRINO, Eliana Goldfarb; ALEXANDRE, Fabíola Lucy Fronza. Competências e habilidades nos currículos da graduação em saúde coletiva no Brasil. Rev. baiana saúde pública, v. 41, n. 1, 2017
21. MENESES, F. F. F et al. Boletim Informativo Epidemiológico: Violência Interpessoal/ Autoprovocada; Brasília, DF, n.1, dez 2016
22. MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1993
23. MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilza Ramos de. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. In: Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasil. Ministério da Saúde, 2005.
24. PAIM, Jairnilson Silva Silva; PINTO, Isabela CM. Graduação em saúde coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 7, n. 3, p. 13-35, 2013.
25. PEDROSA, Claudia Mara; DINIZ, Carmen Simone Grilo; MOURA, Verônica Gomes Alencar de Lima e. O Programa Iluminar Campinas: a construção de uma política intersetorial e interinstitucional para o enfrentamento da violência como um problema social. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 21, n. 6, p. 1879-1888, June 2016
26. PEDROSA, Claudia Mara; SPINK, Mary Jane Paris. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. Saúde soc., São Paulo , v. 20, n. 1, p. 124-135, Mar. 2011 .

27. PINAFI, Tânia. Violência contra a mulher: políticas públicas e medidas protetivas na contemporaneidade. *Revista Histórica*. Edição, n. 21, 2007.
28. WAISELFISZ, J. J. Mapa da Violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil [internet]. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos; Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais; 2015.
29. World Health Organization. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996 (document WHO/EHA/ SPI.POA.2)