

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Amanda Almeida Barbosa

**Brechas nas trilhas do cuidado:** Experiências de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o cuidado às mulheres em situação de violência por parceiros íntimos na pandemia da covid-19

Rio de Janeiro

2023

Amanda Almeida Barbosa

**Brechas nas trilhas do cuidado:** Experiências de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o cuidado às mulheres em situação de violência por parceiros íntimos na pandemia da covid-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Cristiane Batista Andrade.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: Gaps in the paths of care: experiences of Primary Health Care professionals on the care of women in situations of violence by intimate partners during the covid-19 pandemic.

B238b

Barbosa, Amanda Almeida.

Brechas nas trilhas do cuidado: experiências de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o cuidado às mulheres em situação de violência por parceiros íntimos na pandemia da covid-19 / Amanda Almeida Barbosa. -- 2023.

97 f. : il.color.

Orientadora: Cristiane Batista Andrade.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.

Bibliografia: f. 79-91.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. COVID-19. 3. Violência contra a Mulher. 4. Violência por Parceiro Íntimo. 5. Interseccionalidade. I. Título.

CDD 362.8292

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348

Biblioteca de Saúde Pública

Amanda Almeida Barbosa

**Brechas nas trilhas do cuidado:** Experiências de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o cuidado às mulheres em situação de violência por parceiros íntimos na pandemia da covid-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 28 de novembro de 2023.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dra. Corina Helena Figueira Mendes  
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira

Prof.<sup>a</sup> Dra. Adriana Coser Gutierrez  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dra. Cristiane Batista Andrade (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2023

Às mulheres... de ontem, de hoje e de amanhã!

## AGRADECIMENTOS

Ao Amor Incondicional, à Força Maior, à Natureza, por ser meu sustento, minha luz, minha nutrição e por dar sentido à vida.

À minha ancestralidade, às mulheres que vieram muito antes, grandes vidas femininas que lutaram pelo respeito aos nossos direitos e pela nossa liberdade, guardiãs da sabedoria, da resistência, da intuição, por serem fontes de fortalecimento e aprendizado.

À minha mãe Adimara e ao meu pai, Alberto, por serem minha base, meu abrigo, meu incentivo, meu acalento. Por sempre sonharem comigo os meus sonhos e por todo amor que transborda a alma. Sem vocês, nada seria possível.

À minha irmã, Alice. Você é a minha pessoa no mundo! Obrigada por mergulhar comigo nos mares da vida e segurar a minha mão de forma tão amorosa, tão potente e tão sincera. Gratidão pela sua existência, gratidão por ser sua irmã.

Ao meu companheiro, Leandro, por todo amor, apoio e amizade. Obrigada por partilhar comigo os dias, as risadas, as lutas, as angústias, os aprendizados, as paixões, e por ter caminhado ao meu lado neste trabalho. Como diria nosso amigo Dwight, “yeeesssss”, deu certo!

À minha “fifilha” de quatro patas, amor da minha vida. A escrita desta dissertação contou com a sua companhia fiel, incansável. Companhia sempre doce, pura, festiva, singela e afetuosa.

À minha avó, Maristela, pelas orações, por derramar poesia nos meus dias e por me ensinar lições de fé e de sabedoria.

Às pessoas queridas que se foram, mas que permanecem vivas no meu coração.

À Eliete, Roberto e Victor, família que o Rio de Janeiro me deu de presente, obrigada pelo acolhimento, cuidado e carinho.

À todas as minhas amigas e mulheres maravilhosas, aos meus amigos e familiares, muito obrigada pela escuta, pela torcida e pelo vínculo tão precioso.

À Lorena, minha amiga e eterna preceptora, pelo suporte e sensibilidade durante a minha formação enquanto médica de família e comunidade e à Evelin, parceira de luta, por compartilhar saberes, incentivos e pela orientação tão gentil, na ocasião do meu TCC da residência de MFC.

Às amigas que fiz na estrada da APS, por construírem e compartilharem comigo as vivências, os desafios e as potencialidades do cotidiano de trabalho.

À coordenação do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, as queridas Adriana e Elyne, às professoras e aos professores, pelos ensinamentos, diálogos e construções

tão valiosas. À Vivi, Alessandra e Mônica, por zelarem pela nossa turma com tanto carinho, atenção e disponibilidade. Gratidão pelos cafezinhos de toda aula!

À turma mais incrível e afetuosa, quero deixar registrado meu agradecimento, do fundo do coração. As quintas-feiras ganharam novos significados para mim. Nossos encontros sempre foram permeados pela escuta, pelo diálogo, pela amizade, pela empatia, pela coletividade, pela partilha, pelos aprendizados, pelas resistências, pelas emoções, pelas risadas e pela festa. Quantos momentos especiais! Aprendi muito com vocês e já estou com saudades.

À minha orientadora, Cris, por tamanha generosidade, paciência e carinho no processo de construção da orientação. Obrigada por abrir os portais para novos aprendizados, por compreender meus anseios e por me guiar de forma tão cuidadosa e solidária. Não tenho palavras. Muito obrigada por tudo!

À banca avaliadora, muito obrigada pela disponibilidade e apoio.

Às e aos profissionais que, de maneira tão solícita, emprestaram-me suas vozes para a construção da dissertação.

Minha gratidão! Amo vocês!

Triste, louca ou má  
Será qualificada  
Ela quem recusar  
Seguir receita tal  
A receita cultural  
Do marido, da família  
Cuida, cuida da rotina  
Só mesmo, rejeita  
Bem conhecida receita  
Quem não sem dores  
Aceita que tudo deve mudar  
Que um homem não te define  
Sua casa não te define  
Sua carne não te define  
Você é seu próprio lar  
Ela desatinou, desatou nós  
Vai viver só  
Ela desatinou, desatou nós  
Vai viver só  
Eu não me vejo na palavra  
Fêmea, alvo de caça  
Conformada vítima  
Prefiro queimar o mapa  
Traçar de novo a estrada  
Ver cores nas cinzas  
E a vida reinventar  
E um homem não me define  
Minha casa não me define  
Minha carne não me define  
Eu sou meu próprio lar  
(Francisco, 2016).

## RESUMO

A violência contra as mulheres por parceiros íntimos é uma situação muito prevalente, estabelecendo-se, portanto, como um problema de saúde pública e de violação de direitos. É fruto de fatores sociais e históricos, que são moldados pela articulação entre o patriarcado, colonialidade, racismo e capitalismo, atravessando principalmente as mulheres negras periféricas. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde, que atua como espaço estratégico para o acolhimento de mulheres em situação de violências, teve que ser reorganizada para o enfrentamento da pandemia da covid-19, tornando seu acesso mais restrito. Além disso, com o isolamento social e a intensificação das desigualdades, viu-se o aumento da violência doméstica em todo o mundo nesse período. Objetivo: Analisar as experiências das(os) profissionais de saúde da APS no cuidado de mulheres em situação de violências por parceiros íntimos no contexto da pandemia da covid 19. Metodologia: Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório, utilizando-se de diário de campo e entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde que atuam em uma clínica da família no município do Rio de Janeiro, sob a luz da análise de conteúdo na modalidade hermenêutico-dialética. Resultados: As mulheres negras foram relacionadas como um perfil comum de atendimento, associado aos fatores como baixa escolaridade e dependência financeira e emocional. Porém, na pandemia, foi notada diminuição importante no número de atendimentos. No que diz respeito ao cuidado, o tempo restrito da rotina de trabalho foi a principal dificuldade elencada, sendo atribuída à alta pressão assistencial e às múltiplas atribuições implicadas à responsabilidade profissional. Como potencialidades do cuidado foram citadas, dentre outros, os grupos em saúde e atividades intersetoriais. Foi percebida a necessidade de um maior número de dispositivos de apoio no território e mais espaços de educação permanente sobre a temática. Conclusão: A questão de violência contra mulheres por parceiros íntimos ainda representa um grande desafio. É preciso caminhar com ações pessoais e institucionais, vislumbrando a dinâmica de trabalho de um modo mais sustentável na APS. Além disso, faz-se importante a prática do cuidado enquanto ação social, levando em conta, sob a ótica da interseccionalidade, os atravessamentos dos marcadores sociais na vida das mulheres, visando o enfrentamento da questão e a oferta de uma assistência mais equânime para as mulheres, especialmente para as mulheres negras.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; covid-19; interseccionalidade, isolamento social; violência contra a mulher; violência por parceiro íntimo.

## ABSTRACT

Violence against women by intimate partners is a very prevalent situation, therefore establishing a public health problem and violation of rights. It is the result of social and historical factors, which are shaped by the articulation between patriarchy, coloniality, racism and capitalism, affecting mainly peripheral black women. In this context, Primary Health Care, which acts as a strategic space for welcoming women in situations of violence, had to be reorganized to combat the covid-19 pandemic, making access more restricted. Furthermore, with social isolation and the intensification of inequalities, there was an increase in domestic violence throughout the world during this period. Objective: To analyze the experiences of PHC health professionals in caring for women in situations of violence by intimate partners in the context of the covid 19 pandemic. Methodology: This is a qualitative, descriptive, exploratory study, using field diary and semi-structured interviews with health professionals who work in a family clinic in the city of Rio de Janeiro, in the light of content analysis in the hermeneutic-dialectic modality. Results: Black women were listed as a common service profile, associated with factors such as low education and financial and emotional dependence. However, during the pandemic, a significant decrease in the number of appointments was noted. With regard to care, the restricted time of the work routine was the main difficulty listed, being attributed to the high pressure of care and the multiple responsibilities involved in professional responsibility. As potentialities, health groups and intersectoral activities were cited, among others. The need for a greater number of support devices in the territory and more spaces for ongoing education on the topic was perceived. Conclusion: The issue of violence against women by intimate partners still represents a major challenge. It is necessary to move forward with personal and institutional actions, envisioning the work dynamics in a more sustainable way in PHC. Furthermore, the practice of care as a social action is important, taking into account, from the perspective of intersectionality, the intersections of social markers in women's lives, aiming to confront the issue and offer more equitable assistance to women. women, especially for black women.

Keywords: primary health care; covid-19; intersectionality; social isolation; violence against women; intimate partner violence.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|            |  |    |
|------------|--|----|
| Figura 1 - | Ciclo de violência doméstica contra a mulher.....        | 29 |
| Figura 2 - | Modelo ecológico para violência por parceria íntima..... | 31 |
| Quadro 1 - | Perfil das(os) participantes.....                        | 45 |
| Quadro 2 - | Categorias e subcategorias.....                          | 46 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|        |  |
|--------|--|
| AP     | Área de Planejamento                                     |
| APS    | Atenção Primária à Saúde                                 |
| ACS    | Agente comunitário de saúde                              |
| CAP    | Coordenadoria Geral de Atenção Primária                  |
| CEP    | Comitê de Ética em Pesquisa                              |
| CF     | Clínica da Família                                       |
| CIAM   | Centro Integrado de Atendimento à Mulher                 |
| EMulti | Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde   |
| ESF    | Estratégia Saúde da Família                              |
| Esf    | Equipe de Saúde da Família                               |
| ESPII  | Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional |
| IBGE   | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística          |
| ISP    | Instituto de Segurança Pública                           |
| IST    | Infecção Sexualmente Transmissível                       |
| MCCP   | Método Clínico Centrado na Pessoa                        |
| MFC    | Medicina de Família e Comunidade                         |
| MMFDH  | Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos  |
| MS     | Ministério da Saúde                                      |
| NASF   | Núcleo de Apoio a Saúde da Família                       |
| OMS    | Organização Mundial da Saúde                             |
| ONDH   | Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos                  |
| ONU    | Organização das Nações Unidas                            |
| OSS    | Organização Social de Saúde                              |
| RAS    | Rede de Atenção à Saúde                                  |
| RCAPS  | Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde        |
| SUS    | Sistema Único de Saúde                                   |
| TCLE   | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido               |
| VPI    | Violência entre Parceiros Íntimos                        |

## SUMÁRIO

|          |  |    |
|----------|--|----|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | 15 |
| <b>2</b> | <b>MARCAS TEÓRICAS CONSTRUTIVAS</b> .....  | 21 |
| 2.1      | OPRESSÕES CONTRA CORPOS FEMININOS: UMA TRAMA DE<br>ESTRUTURAS .....  | 21 |
| 2.1.1    | <b>O patriarcado, racismo, capitalismo e a colonialidade de gênero</b> .....   | 21 |
| 2.1.2    | <b>O conceito de interseccionalidade</b> .....   | 24 |
| 2.1.3    | <b>Violência contra a mulher por parceiro íntimo: quando o lar é palco de<br/>dores</b> .....                          | 27 |
| 2.2      | ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ESPAÇO DE CUIDADO E A<br>PANDEMIA DA COVID-19 .....                                      | 29 |
| <b>3</b> | <b>OBJETIVOS</b> .....   | 36 |
| 3.1      | OBJETIVO GERAL.....  | 36 |
| 3.2      | OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....   | 36 |
| <b>4</b> | <b>METODOLOGIA</b> .....   | 37 |
| 4.1      | TIPO DE PESQUISA.....  | 37 |
| 4.2      | CENÁRIO DE PESQUISA (DESCRIÇÃO DO CAMPO) .....   | 37 |
| 4.3      | PARTICIPANTES DO ESTUDO.....   | 39 |
| 4.4      | INSTRUMENTO DE COLETA: O ROTEIRO SEMIESTRUTURADO E<br>O DIÁRIO DE CAMPO.....   | 39 |
| 4.5      | ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO .....   | 40 |
| 4.6      | AMOSTRA .....  | 40 |
| 4.7      | ANÁLISE DOS DADOS .....  | 41 |
| 4.8      | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....  | 42 |
| 4.8.1    | <b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)</b> .....   | 42 |
| <b>5</b> | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....  | 43 |
| 5.1      | PERCEPÇÕES SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES POR<br>PARCEIRO ÍNTIMO.....   | 47 |
| 5.1.1    | <b>Quem são essas mulheres?</b> .....  | 47 |
| 5.1.2    | <b>Violência contra as mulheres por parceiro íntimo. Quais são suas<br/>raízes? O que a nutre?</b> .....               | 51 |
| 5.1.3    | <b>Perspectivas das dificuldades enfrentadas pelas mulheres em situação<br/>de violência por parceiro íntimo</b> ..... | 55 |

|       |  |           |
|-------|--|-----------|
| 5.2   | EXPERIÊNCIAS SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NO CONTEXTO PANDÊMICO.....       | 57        |
| 5.2.1 | <b>Violência contra mulheres por parceiro íntimo e covid-19: O percurso do cuidado na APS .....</b>                              | <b>57</b> |
| 5.2.2 | <b>Notas sobre o papel da equipe multiprofissional no cuidado às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo .....</b> | <b>62</b> |
| 5.2.3 | <b>O cuidado em saúde guiado por trilhas e não por trilhos - desafios e avanços .....</b>  | <b>64</b> |
| 5.2.4 | <b>As emoções de profissionais no cuidado às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo .....</b>                     | <b>72</b> |
| 6     | <b>CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>  | <b>76</b> |
|       | <b>REFERÊNCIAS .....</b>   | <b>79</b> |
|       | <b>APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA .....</b>  | <b>92</b> |
|       | <b>APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....</b>  | <b>94</b> |

## APRESENTAÇÃO

Dar o primeiro passo exige coragem quando não se sabe bem ao certo a arte de andar. O desenvolvimento de uma caminhada inicia-se pelo primeiro passo. Passo esse que impulsiona a continuidade dos próximos, orquestrando, assim, a construção do movimento e estimulando o despertar do deslocamento em sua autonomia.

No cenário da pesquisa, encorajo-me para dar esse primeiro passo com minha apresentação. Sendo assim, meu nome é Amanda, nasci no interior de Minas Gerais, em uma cidade do sul do estado chamada Pouso Alegre. No ano de 2012, iniciei minha jornada no Rio de Janeiro para cursar a graduação em Medicina, que se seguiu com a residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC). A prática da especialidade é permeada pela valorização do encontro. E, em vários desses encontros, fui percebendo que as mulheres que eram vistas como poliqueixosas e frequentadoras assíduas da unidade de saúde, na maioria das vezes, eram mulheres que estiveram/estavam em situação de violências. Muitas vezes, os motivos das dores tinham outros nomes, mas não a violência, pois não era reconhecida como tal. Desse modo, o questionamento sobre a complexidade de “ser mulher” e seus impactos na prática das nossas vivências tornou-se cada vez mais presente no meu cotidiano. Ser mulher e ser identificada como tal, carrega a pesada bagagem da historicidade e da solidificação do papel do gênero na nossa sociedade. Além disso, como mulher e profissional de saúde, fui refletindo sobre como o cuidado das mulheres em situações de violências é um desafio para profissionais e para o sistema de saúde.

Nesse contexto, durante a passagem pela residência em Medicina de Família e Comunidade, tive a oportunidade de participar de um grupo de mulheres na unidade de saúde que, por sua vez, exalava troca, aprendizado, incentivos, empoderamento e sororidade. Essa coleção de vivências e reflexões foi propulsora da temática escolhida para o meu trabalho de conclusão de curso da residência: violência contra as mulheres. E assim, no início do ano de 2020, após conclusão da residência, segui caminhando e fui atuar como médica na equipe de uma clínica da família no município do Rio de Janeiro. Porém, fomos surpreendidos com a pandemia da covid-19, cuja instalação exigiu uma reorganização do sistema de saúde e dos processos de trabalho para seu enfrentamento, o que tornou ainda mais desafiadora a prática da manutenção do cuidado das mulheres em situação de violências.

Ao final do ano de 2021, visto o contexto difícil do país sob a ótica governamental e o cenário de instabilidade sanitária em virtude da pandemia, o mestrado surgiu como um potente

caminho de aprendizados e como uma oportunidade de estudar sobre o cuidado das mulheres em situação de violência por parceiros íntimos no contexto da pandemia da covid-19.

Resgatei, assim, as referências e as inspirações femininas e feministas que me cercam e que me apoiam para passos mais firmes ao longo do meu percurso. É dessa forma que a escolha do tema implica em minha trajetória. O estudo dessa temática é doloroso e atravessa o sentir, porém também acredito que possa agir como semente, nutrindo a travessia, fortalecendo o debate e florescendo em luta.

“Não sou livre enquanto outra mulher for prisioneira, mesmo  
que as correntes dela sejam diferentes das minhas”  
(Lourde, 2019).

## 1 INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres é uma situação ainda muito prevalente, estabelecendo-se, portanto, como um problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos das mulheres (Brasil, 2004). Baseado na Convenção de Belém do Pará (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, adotada pela Organização dos Espaços Americanos em 1994 e ratificada no Brasil pelo Decreto nº 1.973, de 1996), a violência contra a mulher é definida como “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” (Brasil, 1996). Neste sentido, ao posicionar o olhar sobre a temática no contexto doméstico e familiar, o Art. 5º da Lei 11.340 (Brasil, 2006), mais conhecida como Lei Maria da Penha, configurou violência doméstica e familiar contra a mulher como:

[...] qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial: I - no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas; II - no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa; III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (Brasil, 2006, Art. 5º).

Considerando esse universo, o termo violência entre parceiros íntimos (VPI) corresponde a todo e qualquer comportamento de violência, podendo ser de natureza física, psicológica, sexual, moral, patrimonial cometido tanto em ambiente doméstico, como também em quaisquer relações íntimas de afeto, independente de habitação comum entre os envolvidos (Coelho, 2018). Por sua vez, dentro desse contexto, a mais frequente vertente da violência doméstica é a violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, ou seja, pelo companheiro atual ou anterior (Paulson, 2020). Cabe destacar, que é um tipo de violência complexo, amplo, podendo inclusive se manifestar antes, durante e depois do estabelecimento de uma relação formal (Coelho, 2018).

Neste sentido, outro marcador importante é a Lei nº 10.778/2003, que instituiu que a violência contra a mulher é de notificação compulsória. Isso significa dizer que profissionais que identifiquem os casos devem notificar a Secretaria de Saúde em todas as ocasiões (Leite; Fontanella, 2019). Posteriormente, em março de 2015 foi sancionada a Lei 13.104/2015, a Lei do Feminicídio, que caracteriza como crime hediondo a morte intencional de mulheres, ou seja, a ocorrência do crime tem como motivação a condição do gênero feminino (Brasil, 2015). Ademais, no âmbito da saúde, é válido destacar que a Política Nacional de Atenção Integral à

Mulher engloba o atendimento àquelas em situação de violência, implementando diretivas ao acompanhamento das mulheres em condições de vulnerabilidade (Brasil, 2004).

No panorama numérico, as estatísticas no Brasil e no mundo são alarmantes. Estimativas globais foram divulgadas em um estudo publicado na revista *The Lancet* em 2022, evidenciando que 27% de mulheres com idades entre 15 e 49 anos foram submetidas à violência física e/ou sexual por parte de seu parceiro íntimo ao menos uma vez na vida desde os 15 anos. Esse estudo foi sustentado por dados provindos da Organização Mundial de Saúde (OMS) entre 2000 e 2018 os quais, por sua vez, foram baseados nas respostas de cerca de duas milhões de mulheres em 161 países (Sardinha et al., 2022). Cabe destacar ainda que, a partir da análise regionalizada, as estatísticas mostraram-se mais elevadas em países de baixa e média-baixa renda, demonstrando o impacto da desigualdade social como um dos fatores de risco para violência contra os corpos femininos. Cerca de 37% das mulheres que vivem nos países mais pobres relataram a ocorrência de episódio de violências física e/ou sexual provocadas pelo parceiro, sendo que maiores taxas são capitaneadas pelas regiões da Oceania, Sul da Ásia e África Subsaariana (Sardinha et al., 2022).

O cenário brasileiro, por sua vez, segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2023), evidenciou, no ano de 2022, os maiores níveis de episódios por agressão e assédio desde a primeira edição da pesquisa, realizada em 2017. No contexto da violência doméstica, as agressões apresentaram aumento de 2,9% e as ameaças cresceram 7,2%. Além disso, no mesmo ano, as taxas de feminicídio aumentaram em 6,1%, cujo recorte em termos de raça/cor traz à tona os elementos de racismo que atravessam as vidas das mulheres negras, visto que 61,1% das vítimas eram negras e 38,4% brancas. Ainda sobre o feminicídio no Brasil em 2022, o relatório mostrou que em 53,6% dos casos o autor foi identificado como o parceiro íntimo, em 19,4% dos casos como o ex-parceiro íntimo e sete em cada dez mulheres tiveram suas vidas interrompidas dentro da própria casa. (FBSP, 2023).

Ao aproximar a lente de avaliação para o estado do Rio de Janeiro, pode-se perceber uma mesma tendência de resultados no que tange ao feminicídio. Informações publicadas no Observatório de Favelas em 2022 demonstraram que, em 2020, as mulheres negras seguem sendo as principais vítimas no Estado e no município do Rio de Janeiro (Willadino, 2022). No estado, cerca de 59% dos casos tiveram como local da ocorrência a própria residência, 54% das mulheres tinham idade menor que quarenta anos, e o autor do crime em 56% do total de casos foi o parceiro íntimo (Willadino, 2022). No âmbito municipal, a parceria íntima foi a responsável por 72% dos casos registrados na cidade do Rio de Janeiro (Willadino, 2022). Além disso, em 2022, segundo informações publicadas no Dossiê Mulher 2023 pelo Instituto de

Segurança Pública (ISP, 2023) do Rio de Janeiro, 111 mulheres foram vítimas de feminicídio no estado do Rio, sendo que mais de 60% tinham entre 30 e 59 anos de idade, eram negras e em 80,2% dos casos a autoria é relacionada aos parceiros ou ex-parceiros (Oliveira et al., 2023). Referente ao ano de 2021, dados publicados no Dossiê Mulher 2022 pelo Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro sinalizaram que, no percurso histórico das estimativas do estado do Rio, a violência física deteve as maiores proporções no que tange aos tipos de violência contra mulheres, exceto nos anos de 2014 e 2021, cuja pódio estatístico passou a apresentar na liderança a violência psicológica. Com relação à autoria, mais da metade das mulheres, 54,1% foram vitimadas pelo companheiro ou ex-companheiro (Oliveira et al., 2022).

Nesse contexto, é fundamental o entendimento que a produção desse tipo de violência é oriunda da organização da sociedade racista e patriarcal, em que a figura masculina domina as relações sociais. Essa estrutura hierárquica é histórica, culturalmente legitimada e repercutida até os dias de hoje (Brasil, 2002; Lucena et al., 2016). Somado a isso, as experiências das violências ocasionam o surgimento de fragilidades, sentimentos de medo, vergonha e culpa, que podem evoluir para abalos psicoemocionais, dores crônicas e prejuízo do autocuidado. O sofrimento crônico gerado pela violência acarreta sérias repercussões, estando diretamente ligado ao processo de adoecimento da mulher, com conseqüente procura por atendimento, configurando-se um desafio para profissionais e para os sistemas de saúde (Schraiber; D'Oliveira, 2002; Coelho et al., 2009).

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) atua como espaço estratégico para o acolhimento de mulheres em situações de violências, visto que é o contato preferencial das pessoas ao Sistema Único de Saúde (SUS), atua como a porta de entrada e funciona como principal forma de comunicação para toda a rede de saúde (Reigada; Smiderle, 2021).

Porém, a violência repercute nos serviços de saúde de forma paradoxal. As mulheres que sofrem violências procuram atendimento por queixas inespecíficas e sem melhora, muitas das vezes. Queixas essas que podem não ser resolvidas mesmo com a assistência e acompanhamento, considerando que a violência pode ser a raiz do adoecimento e causador oculto dessas demandas. Assim, aquelas que se encontram em situações de violências, no geral, avaliam pior a saúde e apresentam mais queixas e sintomas do que as que não vivenciam tal situação (Schraiber; D'Oliveira, 2002).

Esse cenário desencadeia um sofrimento crônico que prejudica o autocuidado da mulher e seu cuidado com outrem, estando mais suscetível ao abuso de álcool, de tabaco e de outras drogas, à possibilidade de sexo inseguro, à entrada tardia no pré-natal e à pior adesão ao exame citopatológico. A dor crônica em qualquer parte do corpo, ou até mesmo sem localização

específica, é a maior queixa das mulheres que sofrem violência. Dessa forma, a equipe de saúde deve estar vigilante para que essa mulher não seja rotulada como poliqueixosa ou somatizadora, e, portanto, sendo tão importante, a integralidade do cuidado. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe no processo de saúde e de adoecimento das mulheres, além da importância da atenção pelas(os) profissionais às condições biopsicossociais, identificando possíveis situações de violência (Schraiber; D'Oliveira, 2002; Oliveira et al., 2012).

Apesar do cenário da APS ser um ambiente propício e esperado para o cuidado longitudinal e integral das pessoas e da comunidade, é possível perceber que, no contexto de casos de violência contra as mulheres, essa questão representa um desafio para o sistema de saúde em diversas perspectivas. Para além das questões sensíveis que atravessam as mulheres e que podem contribuir para o seu silenciamento, estudos apontam fatores contribuintes relacionados aos profissionais e à organização do serviço (Carneiro, et al., 2021). A subnotificação configura-se como uma fragilidade como mostra o estudo de Schraiber et al. (2002), cujo resultado apontou que o número de notificações não expressa a real quantidade de casos de violência contra a mulher identificados nos estudos de prevalência. Além disso, algumas pesquisas no âmbito da APS apontaram, pelas percepções das e dos profissionais, que a qualidade da escuta das mulheres pode ser impactada pela necessidade de administração do tempo de forma mais restrita, visto as necessidades e os desafios inerentes à dinâmica de trabalho nesse nível de atenção à saúde (Carneiro, et al., 2021). Outros apontamentos oriundos de profissionais foram citados no estudo de Leite e Fontanella (2019), sinalizando um entendimento de excesso de burocracias nas rotinas de atendimento e possível percepção de insegurança, visto que esse cuidado permeia questões sensíveis que eventualmente não são reconhecidas tão facilmente e/ou de forma rápida.

Baseado nisso, acrescenta-se um agravante dos tempos recentes: a pandemia da covid-19. Ou seja, o contexto de isolamento imposto pela pandemia impactou a rotina cotidiana de diferentes formas, considerando a realidade de cada pessoa. O cenário da ocasião, já permeado por instabilidades econômicas que atravessaram muitos, intensificou a convivência intrafamiliar. A potencialização da convivência pode aumentar o estresse diário, com desdobramentos em tensões e conflitos (Vieira; Garcia; Maciel, 2020). Diante disso, foi evidenciado o aumento da violência doméstica em todo o mundo nesse período, segundo as análises das organizações voltadas para o enfrentamento desse tipo de violência. Países como

China, Itália, França e Espanha detectaram aumento dos casos de violência doméstica em vigência da quarentena (Vieira; Garcia; Maciel, 2020).

No cenário brasileiro, o número de denúncias realizadas através do Disque 100 e Ligue 180 aumentou 18% no período de 1 a 25 de março de 2020, segundo a Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos (ONDH), do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH) (Vieira; Garcia; Maciel, 2020). Nessa temática, dados do estado do Rio de Janeiro evidenciaram que os registros de violência psicológica apresentaram uma tendência de queda inicialmente a partir de fevereiro de 2020, porém com intensificação entre os meses de março a abril, período correspondente ao início das recomendações de isolamento social (Willadino, 2022). Seguindo a mesma lógica, apesar de uma queda nos primeiros meses do ano de 2020, o feminicídio apresentou aumento nos meses seguintes, apresentando a parceria ou ex-parceria íntima como principais autorias das violências (Willadino, 2022).

Vale ressaltar um adicional complicador no período de pandemia, cujo acesso aos serviços de saúde tornou-se um pouco mais restrito, dificultando a vigilância e acolhimento das mulheres que, por sua vez, podem não terem buscado ajuda presencial em serviços especializados por receio de contágio (Vieira; Garcia; Maciel, 2020). Além disso, o impacto da pandemia foi potencializado, visto o enfraquecimento de políticas sociais por parte da gestão presidencial brasileira no período pandêmico, com o desfinanciamento das políticas de enfrentamento à violência contra a mulher (FBSP, 2023), somado aos atrasos no plano de imunizações (Willadino, 2022). O cenário também foi marcado por intensificação das desigualdades, com aumento da exposição ao desemprego e à insegurança alimentar, além de ascensão de movimentos políticos ultraconservadores, que perpassam diretamente as mulheres articulados à interseccionalidade de raça, gênero, sexualidade, classe, território, entre outros (Willadino, 2022).

Diante do exposto, considerando o importante papel da APS no enfrentamento às iniquidades, no cuidado em saúde das mulheres que sofrem violências com foco na provocada por parceiros íntimos e a história recente atravessada por uma pandemia, surge uma questão investigativa que a pesquisa pretende responder:

- Como foram realizados os **cuidados em saúde** na APS às mulheres em situação de violência por parceiros íntimos na pandemia da covid-19 a partir das experiências de profissionais de saúde?

Como justificativa, para além da descrição da apresentação realizada no início do trabalho com as implicações do tema em minha trajetória, cabe citar que, apesar da alta prevalência de casos, o assunto sobre violências contra as mulheres ainda é pouco discutido no ensino dos

curso de saúde e os profissionais relatam não se sentirem totalmente seguros para este tipo de atendimento (Hasse; Vieira, 2014).

Diante da recente pandemia da covid-19, pautado no cenário da APS, é importante a compreensão da dinâmica de abordagem e vigilância dos casos de violências contra mulheres por parte de profissionais de saúde, perpassando pelas dificuldades, potencialidades do atendimento, entendimento de por quais meios ocorre a busca de ajuda e o suporte caso necessário (e se ocorre a procura de ajuda em um período de vigência de quarentena), visando transformar os equipamentos de saúde pública. Nesse sentido, o presente trabalho pretende colaborar com esta possível lacuna, através da escuta de profissionais de saúde. Além disso, é essencial fortalecer a discussão sobre o tema, com reflexões sobre os impactos da violência na história, na estrutura social, na política, no território, na cultura, na saúde pública e sobre os atravessamentos nas vivências individuais e coletivas das mulheres, principalmente nos períodos de surtos, epidemias e pandemias. As ações diante de um contexto de violência doméstica não podem se isolar apenas no recebimento das denúncias (Vieira; Garcia; Maciel, 2020). Faz-se importante a promoção de ações para o cuidado das mulheres de forma integral e equânime, sob a ótica da interseccionalidade.

A partir disso, a continuidade da presente pesquisa segue-se para o apontamento sobre alguns referenciais teóricos importantes que percorrem o assunto. Estes, por sua vez, servirão como arcabouço teórico para ofertar sustento aos diálogos estabelecidos na exposição dos resultados e discussão. Após a apresentação das marcas teóricas construtivas, a escrita avança para a descrição dos objetivos da pesquisa, percurso metodológico adotado, resultados e discussão sobre os achados e, por fim, a conclusão e as considerações finais. Vale ressaltar que, na tentativa de descontinuar práticas acadêmicas que possam invisibilizar as mulheres, será adotado o feminino como prioridade na escrita nesta dissertação.

## 2 MARCAS TEÓRICAS CONSTRUTIVAS<sup>1</sup>

### 2.1 OPRESSÕES CONTRA CORPOS FEMININOS: UMA TRAMA DE ESTRUTURAS

#### 2.1.1 O patriarcado, racismo, capitalismo e a colonialidade de gênero

Enquanto os homens exercem seus podres poderes. Morrer e matar de fome de raiva e de sede. São tantas vezes... gestos naturais (Velo, 1984).

A marginalização das mulheres, especialmente nos espaços produtivos e familiares, expondo-as ao risco de violências, representa uma trama histórica, multifatorial e complexa, sustentada pelos preceitos do patriarcado. A etimologia da palavra patriarcado, por sua vez, vem da junção de pater (pai) e archie (comando), ou seja, “poder do pai”. Todavia, o patriarcado não se fundamenta somente no comando do pai, mas sim, na detenção do poder dos homens sobre as mulheres, ou seja, envolve a dominação masculina, em contrapartida à opressão feminina. A apropriação da ideia de autoridade dos homens hierarquiza as relações e aloca as mulheres em lugar inferior diante da sociedade (Gomes, 2019).

Essa noção de soberania masculina, após estudos antropológicos, tem sua origem descrita na descoberta dos mecanismos de reprodução humana, emergindo a ideia de que a viabilidade de tal processo se dá em virtude da participação masculina, e na tomada de controle dos processos agrícolas pelos homens (Gomes, 2019). Nesse contexto histórico, vale lembrar da importância das mulheres na agricultura no período neolítico, inicialmente com envolvimento em atividades de coleta de grãos até alcançar domínio com o processo de plantio (De Biase, 2007). Porém, na evolução do sistema patriarcal, o homem se apoderou do controle agrícola e a terra deixou de ser coletiva, surgindo as primeiras noções de propriedade privada. Nesse sentido, o patriarcado, como sistema de poderio masculino, estabeleceu-se na promoção do pensamento que dita o homem como dono dos processos de procriação, de descendência, de produção, de herança e do corpo feminino, apoiando-se na instituição da célula familiar

---

<sup>1</sup> Marcas construtivas teóricas é uma expressão criada pela Profa. Dra. Silviane Ramos Lopes da Silva, integrante do LATINAS- Grupo de Estudos Feministas sobre Decolonialidade, Trabalho e Cuidado que incentiva a colocação de expressões, conceitos e a escrita de mulheres no gênero feminino, sobretudo em oposição ao termo “referencial teórico”, expressão masculina. Outra questão é que parte do texto deste capítulo da dissertação foi publicado no livro: Cuidado e a Pandemia da covid-19: Aproximações Interdisciplinares e Interseccionais, com organização de Silvana Maria Bitencourt, Cristiane Batista Andrade, Telmo Antônio Dinelli Estevinho, no capítulo 25, com título: “Violência contra as mulheres e Atenção Primária a Saúde no contexto da pandemia da covid-19”. BARBOSA, A.A; ANDRADE, C.B.; BITENCOURT, S.M. Violência contra as mulheres e Atenção Primária a Saúde no contexto da pandemia da covid-19. In: BITENCOURT, S.M; ANDRADE, C.B; ESTEVINHO, A.D. (orgs.). Cuidado e a Pandemia da covid-19: Aproximações Interdisciplinares e Interseccionais. – 1ª. ed. – Curitiba: Appris, 2022.

burguesa. A literatura traz à tona que a inserção da família patriarcal tem estruturas na implantação da ideia de matrimônio, como recurso para acumulação de riquezas e monogamia na relação, porém, na prática, imposta de forma unilateral, às mulheres (Gomes, 2019).

Dessa forma, ao longo da história, a estrutura patriarcal foi fortalecida com a ascensão do sistema capitalista. Através de seus mecanismos de funcionamento, o capitalismo perpetua a dinâmica de exploração e da apropriação das mulheres, além da manutenção de desigualdades sociais. Visando compreender como sistemas paralelos e imbricados moldam as relações de dominação e subordinação, cabe destacar a inter-relação entre colonialidade e patriarcado e seus impactos considerando quesitos como raça, classe e gênero (Lopes, 2017).

Diante disso, faz-se importante a elucidação e análise do gênero como uma das formas de opressão colonial e a intersecção das categorias raça, gênero e colonialidade na dinâmica das relações de poder. A colonialidade não é somente a relação colonial estabelecida entre nações; esse conceito pode ser entendido como o produto do colonialismo. Suas influências arrastam-se até os tempos modernos, manifestando-se no saber, no pensar, na cultura, no comportamento da sociedade, nas crenças, ou seja, nas experiências de viver da modernidade (Torres, 2007).

Nesse contexto, o autor Aníbal Quijano apresenta a colonialidade do poder como realidade penetrante do sistema-mundo colonial-moderno construída a partir da colonização das Américas que, por sua vez, tornou o racismo e o capitalismo como estruturas inseparáveis (Quijano, 2005). Assim, a raça foi um conceito criado para legitimar a exploração, dominando a cultura e as forças de trabalho dos povos colonizados. Ou seja, com o surgimento do conceito de raça, que se perpetuou como pilar para a construção da modernidade e do pensamento eurocêntrico, as(os) colonizadas(os) foram classificadas como inferiores, introjetando a ideia de que o detentor da civilidade e racionalidade é o branco europeu (Quijano, 2005). Além disso, Quijano reforça que a colonialidade estende-se para mais categorias, como a do saber e a do ser. A do saber tem suas garras na apropriação cultural, na padronização do conhecimento e a do ser é a expressão da vivência cotidiana. A colonialidade penetra na sociedade e encobre a pluralidade das relações, elegendo tudo que diz respeito ao eurocêntrico como superior e universal. Em outras palavras, a colonialidade sequestra a legitimidade de produzir a história dos povos colonizados, inviabilizando sua singularidade (Quijano, 2005).

Dentro desse cenário de opressão, a mulher era, e ainda é vista com desprezo, legitimando reproduções e ações de violência contra elas. Nesse contexto, a autora Maria Lugones aprofunda a discussão quando relaciona a colonialidade às teorias feministas hegemônicas. Para Lugones, os referenciais das teorias feministas hegemônicas considerados universais e eurocentrados não relacionam o contexto e as distinções cruciais que existem entre

as mulheres brancas, as mulheres negras, latinas, indígenas e suas consequências de opressão, propagando, dessa forma, a dinâmica da dominação e da violência (Lugones, 2014).

Maria Lugones aprofunda a discussão e faz uma crítica a Aníbal Quijano, pois, apesar de discorrer sobre colonialidade, apresenta uma ótica heteronormativa sobre o gênero. Dessa forma, as categorias raça e gênero não se entrelaçam e as mulheres de cor, segundo Lugones, não são percebidas. Por isso, como movimento de evidência e reconhecimento de suas próprias lutas, Maria Lugones propõe uma intersecção entre raça, gênero e classe (Lugones, 2007).

Nesse contexto, é importante citar o estudo de Oyéronké Oyewùmí sobre a sociedade africana Yoruba, cuja organização das relações sociais antes da colonização não era pautada em relações de gênero hierárquicas e binárias. Porém, com o processo de colonização, o patriarcado reconfigurou a organização política e social da comunidade, retirando a possibilidade de execução da autonomia e liderança daquelas que foram categorizadas arbitrariamente como mulheres (Oyewùmí, 2017).

Lugones destaca que o sistema de gênero contém um lado mais obscurecido e o outro que é mais bem evidenciado. Aprofundando nesse contexto, o lado evidente relaciona as relações hegemônicas de gênero às opressões dos homens brancos burgueses às mulheres brancas, considerando apenas estes como os atores das relações. Por sua vez, o lado mais escamoteado diz respeito à exclusão de tudo que foge ao sistema binário de gênero, dessa forma as mulheres e os homens não-brancos eram categorizados de formas diferentes, legitimando a prática de violências contra seus corpos (Lugones, 2007). Portanto, o conceito da colonialidade de gênero, apontado por Lugones, dá sustentação à perpetuação da colonialidade do poder e a dominação racial e de gênero (Lugones, 2007).

Dialogando com a discussão, a autora Rita Segato, em seu livro *“Crítica da colonialidade em oito ensaios e uma antropologia por demanda”*, reforça que a pressão colonial intensificou a vulnerabilidade das mulheres à violência masculina. As regras da cidadania da história colonial-moderna foram guiadas pelo sistema patriarcal, ou seja, por tudo que se aproxima do homem, branco e proprietário do poder. Dessa forma, as mulheres ficam às margens e fora das questões de importância política e, com isso, as práticas violentas contra os corpos femininos tornam-se possíveis na ordem colonial-moderna, visto que o espaço doméstico não abarca os interesses públicos e de poder (Segato, 2021).

Nesse contexto, analisando o Brasil diante do seu processo de colonização, cujas relações sociais de produção foram pautadas pelo mecanismo escravagista racializado, o país se insere na dinâmica capitalista subordinada a interesses exógenos e pautado pela conformação social da luta de classes, segundo Fanon (2010). Segundo reflexões de Frantz Fanon e Lélia

González citadas por Faustino e Gonçalves (2020), o capitalismo brasileiro se estabeleceu carregando marcas estruturais da matriz econômica social colonial que, por sua vez, são permeadas pelo racismo e favorecem a perpetuação e manutenção da violência patriarcal, colocando à margem as mulheres, especialmente as mulheres negras.

Corroborando com o exposto, Lugones propõe que o combate ao sistema patriarcal só é possível com o enfrentamento à colonização do saber, do poder, do ser e do gênero a partir de um feminismo decolonial (Lugones, 2012).

### 2.1.2 O conceito de interseccionalidade

Mil nações moldaram minha cara. Minha voz, uso pra dizer o que se cala  
(Soares, 2018).

A reflexão sobre a colonialidade associada à temática de violência contra a mulher remete às profundidades e complexidades, cujo arcabouço teórico exige mergulho nos Feminismos Negros.

Aqueles homens ali dizem que as mulheres precisam de ajuda para subir em carruagens, e devem ser carregadas para atravessar valas, e que merecem o melhor lugar onde quer que estejam. Ninguém jamais me ajudou a subir em carruagens, ou a saltar sobre poças de lama, e nunca me ofereceram melhor lugar algum! E não sou uma mulher? Olhem para mim? Olhem para meus braços! Eu arei e plantei, e juntei a colheita nos celeiros, e homem algum poderia estar à minha frente. E não sou uma mulher? Eu poderia trabalhar tanto e comer tanto quanto qualquer homem – desde que eu tivesse oportunidade para isso – e suportar o açoite também! E não sou uma mulher? Eu pari treze filhos e vi a maioria deles ser vendida para a escravidão, e quando eu clamei com a minha dor de mãe, ninguém a não ser Jesus me ouviu! E não sou uma mulher? (Assis, 2019, p.16)

Esse discurso foi dito por Sojourner Truth na *Women's Rights Convention* nos Estados Unidos, em 1851, evento este capitaneado por clérigos para discussão de pautas sobre direitos de mulheres. Sojourner Truth, mulher negra escravizada, como forma de intervenção, expressou suas indagações e experiências enquanto mulher negra na sociedade da época, descortinando as distinções e singularidades das vivências e das necessidades de mulheres que são atravessadas pelo racismo (Assis, 2019).

Essas percepções têm em comum algumas questões que, posteriormente, envolveram o conceito de interseccionalidade. Antes de aprofundar no estudo do conceito, é importante destacar a caminhada da produção acadêmica e o desenvolvimento de teorias feministas negras por inúmeras mulheres negras, mencionando dentre tantas, para além da Sojourner Truth, algumas autoras como Angela Davis, Patricia Hill Collins, bell hooks e Audre Lorde (Assis, 2019). Cada uma delas explorou seus pensamentos através de diferentes arcabouços teóricos,

fortalecendo e elevando as discussões sobre a temática. O marcador social de raça associado à questão de classe foi explorado por Angela Davis, enquanto bell hooks trouxe dimensões subjetivas articuladas com questões sociais como racismo, feminismo, política, pedagogia, dominação, resistência e o amor enquanto coletividade e ética de vida (Assis, 2019). Audre Lorde, por sua vez, adiciona ao debate a questão da sexualidade. A autora traz à tona a diversidade de mulheres e as múltiplas fontes de opressão, ao falar a partir do lugar da mulher negra lésbica (Assis, 2019).

Patrícia Hill Collins, por sua vez, destaca que, o lugar social ao qual a pessoa está posicionada, possibilita um olhar singular sobre as situações. Ou seja, os marcadores sociais como gênero e raça alocam as mulheres negras em um ponto específico que permite perceber a margem onde estão e o centro, cuja localização não se pode estar pelas opressões sofridas. É o que explica o termo *outsider within*, que pode ser traduzido como a expressão forasteiras de dentro. Esse olhar é visto pela autora como uma possibilidade de adentrar esses marcadores, para além da representação de desvantagens sociais, mas como um instrumento sob a perspectiva de empoderamento para mulheres negras (Collins, 2019).

A interseccionalidade é compreendida como uma das possibilidades teórico-metodológicas para pensar sobre como operam as diversas opressões e seus impactos. Dessa maneira, a metodologia interseccional é definida por Crenshaw (2002):

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento. (Crenshaw, 2002, p.177)

A construção metodológica da interseccionalidade teve como eixo as análises para certos riscos e lacunas da invisibilidade interseccional, que a autora explica com base nos conceitos da superinclusão e subinclusão. A superinclusão remete à perspectiva de compreender e analisar a condição das mulheres na sociedade somente sob a ótica do gênero. Porém, dessa perspectiva de análise, emerge a subinclusão, pois não considera outros marcadores sociais na análise de múltiplas fontes de discriminações que atravessam corpos femininos marginalizados (Assis, 2019). Segundo Crenshaw (2002):

Nas abordagens subinclusivas da discriminação, a diferença torna invisível um conjunto de problemas; enquanto, em abordagens superinclusivas, a própria diferença é invisível. (Crenshaw, 2002, p.176)

Nesse sentido, o reconhecimento da discriminação interseccional enquanto um problema traduz-se em um processo difícil. O pano de fundo social é arquitetado por forças que se posicionam e expõem mulheres à subordinação, porém essa dinâmica é tão profundamente enraizada que parece ser uma situação natural ou que não é passível de mudança. Dessa forma a percepção da discriminação é superficial, visto que não é considerada em análise as dimensões estruturais dos marcadores sociais que aloca as mulheres em terrenos de subordinação (Crenshaw, 2002).

Para refletir sobre como o gênero, raça e outros marcadores sociais se sobrepõem e produzem eixos de subordinação, Crenshaw utiliza uma ilustração e faz uma alusão das intersecções como ruas que se cruzam entre si. Esse cruzamento representa os eixos estruturais: o patriarcado, o pós-colonialismo e o racismo. E a locomoção na intersecção elucida “a discriminação ativa, as políticas contemporâneas que excluem indivíduos em função da sua raça e de seu gênero” (Assis, 2019, p. 23).

Nesse panorama, cabe destacar que as interações entre os marcadores sociais podem ser analisadas de diversas maneiras, sendo a interseccionalidade como um desses caminhos. Para Patrícia Hill Collins, a interseccionalidade atua no enfrentamento às opressões interligadas e diversas, representando um “projeto de conhecimento” e uma ferramenta de luta política (Hirata, 2014).

Ao direcionar a análise da temática à luz do cenário brasileiro, a autora Lélia Gonzalez, por exemplo, sinaliza a necessidade de considerar a colonialidade/colonialismo como mais uma forma de opressão social, o que traz como plano de fundo uma dimensão geopolítica. A autora defende que também é importante considerar as experiências que emergem da diáspora negra. Dessa maneira, o feminismo negro das mulheres negras brasileiras deve ser pautado por suas vivências locais (Gonzalez, 2020).

A autora Neuza Santos Souza, por sua vez, em “Tornar-se negro” - as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social” de (1983), propõe destaque à questão de classe. Em locais com marcas escravocratas na sua história, como o Brasil, a dimensão de raça está interligada também à classe e, conseqüentemente ao gênero (Souza, 1983).

Considerada uma das precursoras na análise do contexto das mulheres negras brasileiras, Sueli Carneiro em sua obra “Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero” de 2003, ressalta a importância do gênero não ser analisado de forma isolada a outros eixos, visto que essa dimensão é hierarquizada pelo racismo. Dessa maneira, a autora aponta para a importância de políticas que

abarquem as necessidades das mulheres negras, abrangendo fatores que impactam na qualidade de vida como habitação, saúde e alimentação, por exemplo (Carneiro, 2003).

Cabe destaque ainda a Carla Akotirene (2019), cujas contribuições reforçam que, embora os sistemas de opressão apresentem estruturas de sustentação semelhantes, eles operam de formas diferentes. O Atlântico, nesse contexto, conta com as marcas históricas e cicatrizes coloniais oriundas da migração forçada ao qual africanas e africanos foram submetidas(os). Sendo assim, a análise da interseccionalidade exige orientação geopolítica e dialoga com o feminismo negro (Akotirene, 2019):

O feminismo negro dialoga concomitantemente entre/com as encruzilhadas, digo, avenidas identitárias do racismo, cisheteropatriarcado e capitalismo. O letramento produzido neste campo discursivo precisa ser aprendido por lésbicas, gays, bissexuais e transexuais, (LGBT), pessoas deficientes, indígenas, religiosos do candomblé e trabalhadoras (Akotirene, 2019, p.13).

A autora reforça que a interseccionalidade é recebida como um instrumento ancestral e escancara, visto a experiência da diáspora negra, os impactos da interação do cisheteropatriarcado e racismo na construção das feminilidades e masculinidades. Nesse contexto, Akotirene (2019) aponta que de nada adianta a defesa da descolonização do feminismo, sem legitimar o nível psíquico, cognitivo e espiritual das epistemes sob à luz de perspectivas da negritude. Ou seja, a interseccionalidade não propõe a somatória, hierarquia ou comparação dos marcadores sociais, mas sim a análise das condições estruturais que penetram e produzem significados subjetivos sobre corpos, moldando sua identidade, a partir das opressões guiadas pelas relações de poder (Akotirene, 2019).

Nesse contexto, a interseccionalidade, possibilita a articulação de identidades, visando o enfrentamento da opressão colonialista, sustentado pelos dispositivos do racismo cisheteropatriarcal capitalista (Akotirene, 2019). O impacto do cruzamento de opressões estruturais, operados pelos sistemas de poder perpetuados até os dias de hoje, sustenta a dinâmica de desigualdades e expõe determinados grupos às violências (Collins; Silva; Gomes, 2021).

### **2.1.3 Violência contra a mulher por parceiro íntimo: quando o lar é palco de dores**

Quando a palavra desacata, mata, dói. Fala toda errada que nada constrói. Constrangimento, em detrimento de todo. Discernimento quando ela diz não (Cañas, 2008).

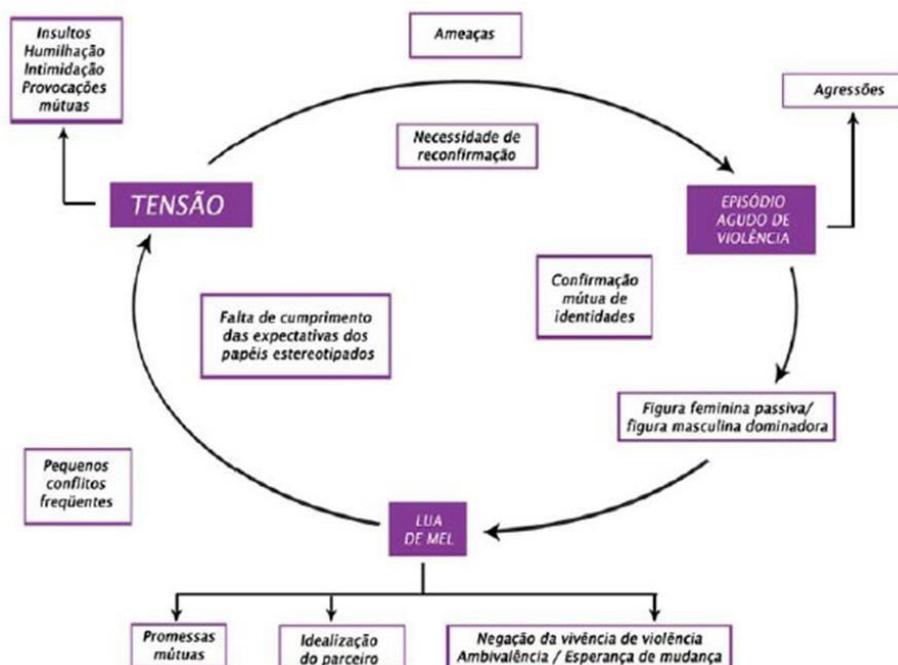
Resgatando os conceitos situados na introdução deste trabalho, as violências contra as mulheres têm raízes profundas e persistentes, gerando marcas dolorosas nos corpos e nas vidas femininas. No âmbito doméstico ou das relações íntimas de afeto, a violência entre parceiros

íntimos está inserida na categoria interpessoal e apresenta naturezas diversificadas (Chagas, 2020). Dessa maneira, são formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras, segundo as políticas públicas, descritas no Art. 7º da Lei Nº 11.340 de 2006:

**I - a violência física**, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal; **II - a violência psicológica**, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação; (Redação dada pela Lei nº 13.772, de 2018); **III - a violência sexual**, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos; **IV - a violência patrimonial**, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades; **V - a violência moral**, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. - Lei 11340 (Brasil, 2006, Art. 7º)

Considerando que o foco deste trabalho está direcionado para as violências contra mulheres perpetrados por parceiro íntimo, faz-se importante o conhecimento sobre o ciclo da violência doméstica contra as mulheres. Para melhor entendimento desse fenômeno, é importante citar que o termo ciclo é aplicado para reforçar o fato da violência doméstica e familiar contra as mulheres não se tratar de um fato episódico, ou seja, é estabelecido de forma persistente entremeadada à dinâmica da relação (Lucena et al., 2016). Nesse contexto, a psicóloga norte-americana Lenore Walker teorizou o ciclo e o esquematizou em três fases, caracterizado por, inicialmente, na chamada “fase 1”, a relação marcada por insultos, humilhações e intimidações, aumento da tensão e geração de conflitos. Posteriormente, na “fase 2”, toda a tensão acumulada materializa-se no ato violento, seja de forma verbal, física, sexual, psicológica ou patrimonial. Porém, o agressor mostra-se amável, visando conquistar a reconciliação na chamada fase “lua de mel”. Nessa fase são propostas mudanças e promessas que não são cumpridas, fazendo com que a tensão aumente novamente e o ciclo se reinicie, como ilustrado na figura 1 a seguir (Lucena et al., 2016):

Figura 1 - Ciclo de violência doméstica contra a mulher



Fonte: Lucena et al., 2016.

De acordo com Lenore Walker, conforme citado por Almeida et al. (2020), normalmente o ciclo da violência doméstica pode seguir essa dinâmica de fases e tomar rumos cada vez mais graves como uma espiral, apresentando diâmetros cada vez maiores de violências. É importante ressaltar que nem todos os relacionamentos seguem esse padrão diretamente, podendo variar caso a caso (Almeida et al., 2020).

As violências contra mulheres perpassam por todos os setores da sociedade, porém os riscos são maiores em espaços marcados por desigualdades múltiplas (Waiselfisz, 2012). Nesse sentido, considerando o impacto e às implicações na vida das mulheres e os diferentes atravessamentos das opressões a partir de marcadores sociais, faz-se necessário avançar nos estudos e nas reflexões quanto às raízes desse fenômeno. Mergulhar nas entranhas do que sustenta a ocorrência da violência contra mulheres perpetrado por parceria íntima, é penetrar nas estruturas que regem os meios de produção e as relações sociais.

## 2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ESPAÇO DE CUIDADO E A PANDEMIA DA COVID-19

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como o primeiro nível de atenção, cujo perfil de ações é caracterizado pela promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o

diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na saúde das populações e dos indivíduos, somado a atuação no enfrentamento de iniquidades e na redução de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (OPAS, 2011). Nesse contexto, é reconhecida como um modelo de prática clínico-assistencial, atuando como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde e na coordenação da comunicação com toda a rede, orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade (Brasil, 2012). Segundo Starfield (2002), a APS é estruturada por eixos designados como atributos essenciais que são: longitudinalidade, acesso, integralidade e coordenação do cuidado; e como atributos derivados, compostos pela competência cultural, orientação familiar e comunitária.

No cenário da APS no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como um plano de reorientação do modelo assistencial, em conformidade com os princípios do SUS, almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade (Brasil, 2012). No município do Rio de Janeiro, por sua vez, segundo Soranz, Pinto e Penna (2016), o alavanche da ESF, enquanto nova estratégia em saúde, deu-se em 2009 e serviu como base para a chamada “Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde” (RCAPS). Esse novo modelo contou com a estrutura de gestão apoiada em parcerias público-privadas por meio das Organizações Sociais de Saúde (OSS) (Soranz; Pinto; Penna, 2016).

Nesse sentido, entende-se que a essência das ações APS deve ser pautada pelo compromisso com a equidade e a justiça social, com intuito de garantir resposta adequada às necessidades de saúde da população (Anderson et al., 2018). Assim, ao pensar sobre a população brasileira, Madeira e Gomes elucidaram que:

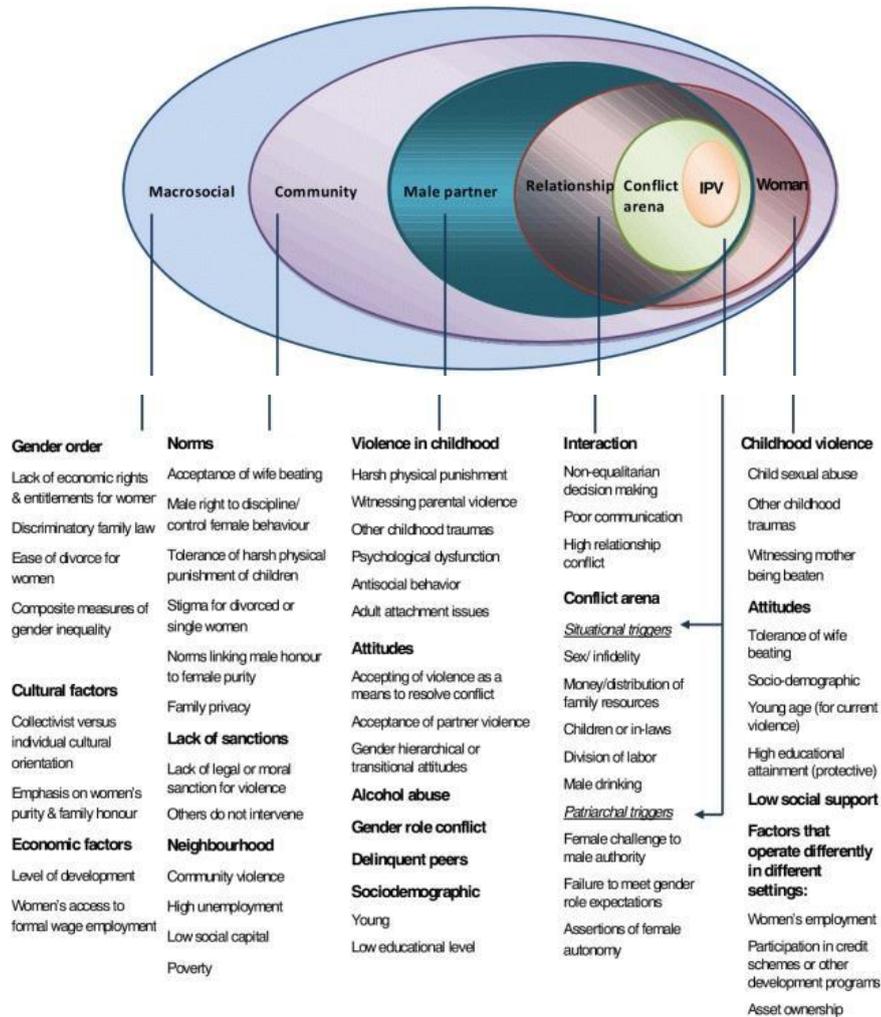
[...] mesmo caracterizado como país pluriétnico, não conseguiu evitar a permanência de grandes disparidades raciais na renda, em inserção qualificada no mercado de trabalho, educação, saúde, expectativa de vida e outros indicadores [...] (Madeira; Gomes, 2018. p. 463)

A desigualdade social em territórios no Brasil e no município do Rio de Janeiro, portanto, é protagonista dos palcos do cotidiano da sociedade, problema que contribui de forma relevante para a perpetuação da violência nos mais diversos âmbitos, como: interpessoal, estrutural e intrafamiliar (Anderson et al., 2018).

Pautado nesse panorama, sob à luz da temática sobre violência contra as mulheres por parceiros íntimos, entende-se, através de um modelo ecológico, que a violência alcança variadas dimensões, com envolvimento de aspectos individuais, relacionais, comunitários e sociais

(Dahlberg; Krug, 2006). Esse modelo, utilizado para auxiliar na compreensão da natureza multidimensional da violência entre parceiros íntimos, contou com atualização de Lori Heise (2011), como ilustra a figura 2.

Figura 2 – Modelo ecológico para violência por parceria íntima



Fonte: Heise, 2011.

O modelo sustenta o caráter multifacetado da violência, fruto da interação entre aspectos pessoais, situacionais e socioculturais. Dessa forma os fatores individuais se desdobram para as relações, ou seja, mulheres e homens carregam para as relações sua bagagem genética, seus traços de personalidade, a carga histórica do gênero e raça e uma série de experiências vividas de forma prévia, o que dá uma dinâmica própria a relação, podendo aumentar ou diminuir o risco de abuso. O relacionamento, por sua vez, está imerso em um nível familiar, que conta com variadas especificidades e, de forma mais macro, em uma comunidade, com estruturas de governança variadas. Finalmente, todo o sistema está inserido em um macrosistema que permeia a população, com dimensões culturais, econômicas e políticas (Heise, 2011).

Dessa maneira, pode-se constatar que tal questão é um problema de significativa magnitude e complexidade, permeando dimensões individuais, relacionais, comunitárias e sociais, e gerando impactos negativos na qualidade de vida da mulher e na sua saúde (Acosta et al., 2015). Assim, é importante a percepção da influência das questões de cunho socioeconômico sobre violência e como a discussão sobre a temática perpassa pela questão da equidade em saúde (Giffin, 2002).

Portanto, na lógica da APS, as equipes de saúde têm papel fundamental pela possibilidade de realização de abordagem familiar e, além disso, a prática de trabalho favorece a criação de vínculo longitudinal, ou seja, relação estabelecida entre a pessoa e a equipe, com profundidade temporal e interpessoal (Cunha; Giovanella, 2011). A competência cultural, por sua vez, é um atributo que oferece sustentação para que as equipes entendam a violência, considerando as perspectivas do contexto do território de atuação (Minayo, 1994).

Segundo estudos de Schraiber, Barros e Castilho (2010) na cidade de São Paulo, a prevalência de violência entre parceiros íntimos pode chegar até 59% em serviços de APS (Schraiber; Barros; Castilho, 2010). Portanto, faz-se fundamental o entendimento da relação de violência e saúde, e a compreensão de que se trata de um problema crônico a ser acompanhado, monitorado e cuidado. Assim, é de suma importância o acolhimento, demonstração de respeito, sigilo e não julgamento, além da sensibilidade de escuta e atenção para as demandas ocultas, para que a detecção dos casos seja mais efetiva. Baseado nos pressupostos da longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, faz-se importante, como ações da equipe de saúde, a realização da notificação, o registro em prontuário, o mapeamento dos riscos e a articulação da rede de segurança/apoio. Nesse contexto, a visita domiciliar, prática comum nas rotinas das equipes de saúde da família, pode funcionar como ferramenta potente para a detecção e seguimento destas situações e como estratégia para o acompanhamento e vigilância (Silva; Padoin; Vianna, 2013). Além disso, o conhecimento sobre rede inter e intrasetorial e a prática da articulação com os outros serviços é valiosa, visando propiciar o acompanhamento das mulheres no enfrentamento das situações de violência, coordenando seu cuidado em outros níveis de atenção quando necessário e permeando o estímulo a sua autonomia (Schraiber; D'oliveira, 2002).

O cenário de assistência descrito, por si só, apresenta dimensões complexas e desafiadoras, mas, somado a isso, no início de 2020, o mundo foi penetrado pela pandemia de coronavírus, implicando na reorganização dos sistemas de saúde para o seu combate. Segundo Medina et al. (2020), a atuação da APS no contexto pandêmico é de grande importância, considerando a responsabilidade territorial e a orientação comunitária no apoio às populações

em situação de isolamento social. Dessa maneira, o processo de trabalho, segundo o autor, deve ser sistematizado na vigilância em saúde nos territórios, na atenção aos usuários contaminados com coronavírus, suporte social a grupos vulneráveis e a manutenção de suas próprias ações (Medina et al., 2020).

Com isso, a pandemia impactou o cotidiano social e gerou repercussões principalmente em mulheres periféricas e proletárias, visto que são atravessadas pelos marcadores sociais como de gênero, cor da pele e renda (Barbosa, 2021b). No que diz respeito à violência doméstica contra as mulheres, o isolamento social nos tempos pandêmicos atuais potencializa os indicadores que já eram alarmantes acerca do tema (Vieira; Garcia; Maciel, 2020).

Nesse contexto, as instabilidades social, econômica e sanitária associadas às medidas recomendadas para o enfrentamento à pandemia de novo coronavírus ampliaram as ameaças de violências contra as mulheres. Além disso, o isolamento social gerou intensificação do convívio, favorecendo a tensão das relações e o aumento do nível de estresse do agressor, podendo acarretar episódios de violências. A inconstância financeira, a incerteza com relação ao futuro e a restrição de acesso aos locais com potencial de atuação como rede de apoio (unidades de saúde, creches, igrejas, serviços de proteção social) em virtude da pandemia, contribuíram para ampliação da vulnerabilidade de mulheres à violência doméstica (Marques et al., 2020).

Arelado às evidências desses fatores, pode-se destacar a existência ainda de um estereótipo feminino que associa a mulher à maternidade e aos cuidados domésticos. Esse senso comum propicia, geralmente, uma divisão desigual das tarefas domésticas e, conseqüentemente, a uma sobrecarga principalmente de mulheres e a possível hegemonia masculina (Vieira; Garcia; Maciel, 2020).

Dialogando com esse contexto, segundo Santos et al. (2021), quando o vírus se alastra, as desigualdades de gênero, raça, classe, geopolíticas e econômicas intensificam-se e revelam, de forma potencializada, a forma de organização da sociedade e seus problemas. Portanto, as estatísticas são evidentes com relação ao envolvimento dos homens nos casos de violência, porém é preciso problematizar o conceito normalizado de masculinidade hegemônica, que associa à prática de violência como algo inerente aos homens. Cabe destacar que, segundo Santos et al. (2021), a masculinidade é historicamente construída e, portanto, as perspectivas e fatores como etnia, classe social, orientação sexual, religiosidades, dentre outros devem ser considerados, podendo ofertar pluralidade ao conceito de masculinidade e entendimento de que se trata de uma configuração de práticas que é realizada na ação social (Santos et al., 2021).

Diante disso, a pandemia provocou uma potencialização da tensão nas relações de

gênero, uma vez que as masculinidades incorporadas (relacionadas à reputação) estão restritas à afirmação em esferas públicas. Além disso, há algum tempo, as relações de gênero tradicionais e o modelo de masculinidade são confrontadas pelo movimento feminista. Somado a isso, com as incertezas oriundas da pandemia, observa-se o aumento da violência domiciliar como efeito da diminuição do poder do homem. As condutas violentas representam uma tentativa de firmar as características de masculinidade estabelecidas pelo poder patriarcal ou ajustar esse modelo em novas conformações (Santos et al., 2021).

A partir disso, analisando os processos históricos que construíram a sociedade, Barbosa (2021b) reforça que a origem da violência contra as mulheres não se deu com a pandemia e sim, sua origem tem raízes em fatores histórico-sociais, como racismo, desigualdade de gênero, econômica e machismo estrutural, por exemplo. A análise superficial de que o aumento de violência contra as mulheres é resultado simples da pandemia vigente gera um risco de privatizar e esvaziar as análises de um problema social complexo. Ou seja, o isolamento social imposto pela pandemia não provoca práticas violentas por si só, mas expõe as vivências das mulheres e destaca as desigualdades historicamente construídas e naturalizadas. Faz-se necessário rever a relação de causalidade direta entre o isolamento social e violência contra as mulheres e ainda, analisar os processos históricos-sociais-políticos somados aos estudos interseccionais para melhor entendimento dessa problemática e dos efeitos advindos da opressão (Barbosa et al., 2021a).

Nesse âmbito, visando compreender as desigualdades existentes na sociedade, os estudos sobre interseccionalidade examinam, em vários aspectos, as relações entre gênero, raça, etnia, sexualidade, classe e nacionalidade. Assim, para além do isolamento social, é válido ressaltar a existência das violências, da opressão e das invisibilidades, nutridas pelo sistema capitalista, afetam principalmente as mulheres negras (Barbosa et al., 2021a).

Portanto, quando o isolamento social é tomado como acontecimento, a análise fica mais robusta, e é possível perceber seu impacto na vida das mulheres que sofrem violência, uma vez que o distanciamento social restringe o acesso e aproximação delas às redes de apoio e ferramentas que poderiam auxiliar no enfrentamento dessa questão. Ou seja, o isolamento social interpretado como acontecimento e associado à análise interseccional que, por sua vez, resgata as desigualdades raciais, de gênero e de classe social, escancara como o machismo estrutural se faz presente na sociedade e como atua de forma determinante no processo de adoecimento da população feminina. (Barbosa et al., 2021a).

No tocante à saúde da mulher e a abordagem profissional para essa demanda, estudos evidenciam que apesar do profissional de saúde ter a capacidade de reconhecer casos de

violência e suas diversas expressões, ainda carece de sensibilização para o acolhimento e seguimento desses casos, pois muitos desconhecem a rede assistencial e os serviços de apoio, ocasionando em subnotificações e contribuindo para o processo de invisibilidade da violência (Odorcik et al., 2021). As barreiras que permeiam esse processo são compostas por fatores que dizem respeito tanto à mulher, quanto aos profissionais, à organização dos sistemas de saúde e ao contexto político na ocasião. Com referência às perspectivas emocionais das mulheres, as experiências das violências causam fragilidades, geram sentimentos de medo, vergonha e culpa, criam esperanças de que o agressor possa mudar o comportamento, o que gera desconforto no momento de expor a situação para as(os) profissionais. Ou até mesmo, o companheiro a acompanha nas consultas, inibindo a possibilidade de a mulher manifestar alguma possível demanda de cuidado (Schraiber; D'oliveira, 2002). Morelli et al. (2015) apontam como complicador adicional a sobrecarga de trabalho e pressão assistencial vivida por profissionais de saúde, que são expostos ao estresse e síndrome de *burnout*, favorecendo que não sejam identificadas determinadas demandas ocultas oriundas do fenômeno da violência.

Dialogando com essa pauta, Reigada e Smiderle (2021) destacam que um sistema de saúde eficaz deve ser capaz de manter os acompanhamentos e serviços essenciais enquanto atende a uma crise no campo da saúde. A pandemia da covid-19 agravou as desigualdades sociais e tornou urgente o cuidado das populações vulneráveis, especialmente as mulheres. Assim, a APS tem papel essencial no enfrentamento e cuidado às iniquidades, sendo de suma importância a continuidade da atuação da equipe em casos de violência, manutenção do cuidado ao ciclo gravídico-puerperal, planejamento familiar, abordagem de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) ou casos de cunho oncológico, entre outros. É essencial incorporar ao cuidado não somente soluções técnicas, mas também as dimensões de solidariedade, amorosidade e autonomia entre as pessoas, através do acesso e diálogo, visando o cuidado integral (Reigada; Smiderle, 2021).

O momento pandêmico gera desafios, fazendo-se necessário, então, analisar a complexidade que circunda as mulheres e as violências. Isso inclui o reconhecimento da opressão sofrida e da vulnerabilidade associada a essa população, de modo a indagar as diversas dimensões que atravessam as mulheres durante a pandemia da covid-19, visando construção de ações de educação permanente em saúde sobre o tema e transformações que resultem em impacto positivo na saúde e na vida das mulheres.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar as experiências das(os) profissionais de saúde da APS no município do Rio de Janeiro no cuidado às mulheres em situação de violências por parceiros íntimos no contexto da pandemia da covid-19.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar, sob à luz da interseccionalidade, os fatores históricos e estruturais associados à temática de violências contra mulheres por parceiro íntimo e sua interface no âmbito da saúde.
- Compreender as expectativas, dificuldades e potencialidades do cuidado em saúde das mulheres em situação de violências por parceiros íntimos por parte das(os) profissionais da APS.
- Refletir sobre o papel da equipe multiprofissional no cuidado das mulheres em situações de violências.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, utilizando-se de diário de campo e entrevistas semiestruturadas, sob a luz da análise de conteúdo na modalidade hermenêutico-dialética proposta por Minayo para interpretação dos achados (Minayo, 1992). A pesquisa qualitativa, segundo Minayo et al., 2007:

[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. O universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos (Minayo et al., 2007, p.21).

Esse estudo desenvolve-se pela análise das experiências de profissionais que atuam na ESF a partir da abordagem do tema sobre o cuidado de mulheres em situação de violência por parceiros íntimos, considerando o contexto pandêmico. Pretendeu-se explorar as subjetividades proporcionadas pelos relatos de profissionais que participaram da entrevista, suas experiências e como estas influenciam suas práticas de cuidado, entendendo que as peculiaridades de cada ser é entendida como parte da realidade social.

### 4.2 CENÁRIO DE PESQUISA (DESCRIÇÃO DO CAMPO)

O município do Rio de Janeiro constitui-se a capital e a maior cidade do seu estado. Com o propósito de melhor planejamento em saúde, ele está inserido na Região Metropolitana de Saúde I e é dividido em 10 Áreas de Planejamento em Saúde (AP) (Secretaria Municipal de Saúde, 2018). O cenário de estudo proposto é uma Clínica da Família (CF), localizada em uma comunidade no município do Rio de Janeiro.

Entender os atravessamentos do cenário de pesquisa enquanto uma porção espacial que é modificada pela ação antrópica é importante para análise, visto que a constituição do espaço geográfico é um produto da projeção das relações sociais, ou seja, o espaço é apropriado e produzido pela sociedade. Nessa dinâmica, as relações sociais de gênero são significativas para as construções geográficas de espaço e lugar (Leitão, 2009).

Nesse contexto, o território escolhido para estudo conta com características peculiares como a marcante presença de organizações de poder paramilitar (milícias). Essa dinâmica

organizacional pode perpassar por sensação de tranquilidade e segurança, porém as percepções de formas de violências podem também ser mascaradas (Peixoto, 2017).

Outra peculiaridade é a grande concentração do comércio local (Secretaria Municipal de Urbanismo, 2013), sendo marcante o giro de consumo dentro da própria comunidade, visto que é comum moradoras(es) deterem a propriedade do comércio e gastarem dentro do comércio local (Dicionário de Favelas Marielle Franco, 2023).

Além disso, o território abriga uma população crescente, com diferenças sociais identificadas na ocupação das diversas localidades. Apresenta parte de sua origem de migrantes nordestinos, reverberando em influências na constituição do cotidiano e da cultura local. Os costumes locais, por sua vez, também são permeados por marcas cariocas, como a cultura do *funk*, contribuindo para a movimentação do local no período noturno (Dicionário de Favelas Marielle Franco, 2023). Durante o dia, o território também é dinâmico, com grande circulação de pessoas e veículos, comércio local em atividade, funcionamento de escolas, creches e equipamentos de saúde. Nota-se que a configuração urbana da comunidade é complexa e diversa, mas ainda enfrenta fragilidades no saneamento em alguns pontos, com habitações em condições precárias localizadas em áreas irregulares para construção. Essa estrutura corrobora para a ocorrência de eventos como enchentes, que, por sua vez, são fenômenos naturais, mas podem ser catalisados pela urbanização vigente (Monteiro, 2002).

Visto tal dinâmica e considerando a importância da APS enquanto coordenadora do cuidado, como porta de entrada ao sistema de saúde e como espaço de cuidado longitudinal e integral, o cenário escolhido foi um equipamento de saúde (Giovanella, 2012; Starfield, 2002). Vale destacar que a escolha do local também foi atravessada por uma implicação pessoal, por fazer parte da minha trajetória profissional e por ser local de tantas vivências e aprendizados.

A Clínica da Família escolhida conta com equipes compostas por profissionais da categoria médica, de enfermagem, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS) e profissionais de saúde bucal. Algumas equipes estão incluídas no Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade e de Enfermagem em Saúde da Família e por isso também contam com residentes em sua composição. Além da presença de profissionais que compõem as chamadas equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde – eMulti<sup>2</sup>, até então conhecidas pela denominação de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

---

<sup>2</sup> Como adendo, é válido citar que no dia 22 de maio de 2023, o até então denominado NASF recebeu nova nomenclatura, através da publicação, pelo Ministério da Saúde (MS), da Portaria GM/MS nº 635/2023, ao qual, institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde – eMulti. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS

A ausência da nomeação do local, com as suas características mais específicas, se deu em virtude do sigilo para preservar a unidade e as(os) profissionais entrevistadas(os).

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo teve como proposta entrevistar profissionais de saúde de diferentes categorias que estiveram diretamente no cuidado às mulheres em situações de violências como: médica(o), enfermeira(o), técnicas(os) de enfermagem, agente comunitário de saúde; representante da equipe eMulti (psicóloga/assistente social).

Os **critérios de inclusão** foram:

- a) Profissionais que estavam vinculados à unidade de saúde a partir, pelo menos, do ano de 2019, um ano antes do início do período pandêmico, visando captar as impressões sobre o impacto no cuidado com a chegada da pandemia.
- b) Profissionais que aceitarem participar da pesquisa, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os **critérios de exclusão** foram:

- a) Profissionais que não atuavam na estratégia de saúde da família no cenário escolhido no contexto da pandemia;
- b) Profissionais que se recusarem a participar ou a responder a entrevista e/ou os profissionais que não concordarem com o TCLE.
- c) Estavam de férias ou licença médica.

#### 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA: O ROTEIRO SEMIESTRUTURADO E O DIÁRIO DE CAMPO

A coleta de dados foi construída através de entrevista com roteiro semiestruturado proposto no APÊNDICE 1. A entrevista foi composta por perguntas abertas, visando compreender as experiências de profissionais de saúde da APS na condução do cuidado de mulheres em situação de violência por parceiros íntimos no contexto peculiar da pandemia, bem

como suas expectativas, dificuldades e potencialidades. O roteiro semiestruturado foi composto por questões sobre: dados gerais dos(as) profissionais (idade, gênero, formação, tempo de trabalho na unidade etc.), percepções e experiências sobre as violências contra mulheres e o cuidado em saúde prestados a elas.

Além disso, através da observação participante, foi realizado diário de campo, visando ampliar a capacidade de análise, visto que o uso dessa ferramenta permite ao pesquisador o registro descritivo de conversas, acontecimentos, objetos, pessoas, lugares, além de um registro reflexivo, envolvendo seus apontamentos, percepções e expectativas (Afonso et al., 2015).

#### 4.5 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

O presente trabalho seguiu, ao adentrar ao campo, alguns passos para a sua organização. A primeira ação foi uma apresentação do projeto para a Coordenação da Área Programática (CAP) de referência e, posteriormente, com a gerência da Clínica da Família selecionada no intuito de alcançar a autorização para execução do estudo. Para isso, fez-se importante elucidar a relevância da temática e as contribuições que a pesquisa propõe para o fortalecimento do processo de trabalho no contexto do cuidado integral às mulheres.

A partir do consentimento da coordenação e gerência da unidade de saúde, as(os) profissionais de saúde da unidade escolhida foram convidadas(os) oficialmente a participar mediante abordagem em mídias sociais (*WhatsApp*) enviado inicialmente para a gestão da unidade para transmissão aos profissionais. As conversas ocorreram em ambiente protegido na unidade de saúde e tiveram o conteúdo de áudio gravado após autorização da(o) participante, através da aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

#### 4.6 AMOSTRA

Para composição da amostragem, inicialmente foi necessária uma conversa com a CAP e posterior conversa com a gerência da unidade de saúde selecionada para autorização e seguimento da pesquisa com a realização das entrevistas. Portanto, foi feita uma amostragem intencional, visto que a arquitetura do estudo prevê entrevistas com profissionais de saúde que realizam o cuidado na APS, e por conveniência, uma vez que foram captados aqueles que estavam na unidade de saúde na data agendada previamente e que se disponibilizaram a participar da entrevista. Os profissionais foram informados do conteúdo do estudo e da data agendada para as entrevistas de forma prévia, através de um convite enviado à gerência da

unidade e transmitido aos profissionais através das ferramentas e aplicativos de mídias sociais (*WhatsApp*).

A quantidade final de participantes foi o total de nove profissionais de diferentes categorias, sendo essas: médica(o), enfermeira(o), agente comunitário de saúde, técnica(o) de enfermagem, representantes da equipe eMulti (psicóloga/assistente social).

#### 4.7 ANÁLISE DE DADOS

Para análise dos dados, primeiramente, foi feita a transcrição das gravações pela própria autora da pesquisa, passando o áudio para o formato de texto. Essa etapa seguiu-se para pré-análise, com a realização de uma leitura flutuante para aproximação do conteúdo, identificando conceitos frequentes, visando a organização da categorização do conteúdo analisado (Contandriopoulos et al., 1994).

Categorias, por sua vez, são aspectos que se interligam ou que compartilham de características comuns, auxiliando o estabelecimento de classificações. Nesse sentido, a categorização favorece o agrupamento de ideias, expressões e elementos através da determinação de um conceito que abarque o todo selecionado (Gomes, 2015).

Para além do material resultante da transcrição das gravações, como conteúdo complementar foram captadas notas relevantes oriundas do diário de campo. Segundo Minayo (1992), o campo corresponde ao recorte espacial que abrange, empiricamente, o objeto da investigação. Portanto, a interação estabelecida no trabalho de campo entre pesquisador(a) e pesquisados(as) pode ser potente e expande as análises, uma vez que favorece os vínculos de intersubjetividade, permitindo a reflexão sobre a realidade a partir dos pressupostos teóricos (Minayo, 1992). Dessa maneira, o diário de campo teve como proposta contribuir para a análise com uma parte descritiva, envolvendo os relatos do campo, de situações, de fatos e do comportamento dos sujeitos participantes. Além disso, contou com uma parte reflexiva, contendo comentários pessoais da pesquisadora, dúvidas, sentimentos e percepções notadas ao longo do trabalho de campo. Assim, o diário de campo visou contribuir não só para o registro das experiências vividas, como também para sistematizar a produção de conhecimento com a pesquisa (Afonso et al., 2015).

Portanto, o caminho analítico seguiu com a exploração de todo o material para a criação e nomeação das categorias, correlacionando os discursos transcritos a pontos importantes dos referenciais teóricos do estudo. A partir disso, foram elencados menores fragmentos

representativos do discurso para, em sequência, tratar e interpretar os dados (Contandriopoulos et al., 1994).

A análise e interpretação dos dados teve sustentação do método hermenêutico-dialético proposto por Minayo (1992). Essa dinâmica de análise sustenta, através do envolvimento da intersubjetividade, o entendimento do sentido da comunicação entre os seres humanos dentro de determinado contexto social e histórico (Minayo, 1992). Ou seja, entendendo que os sujeitos fazem parte da história e que são atravessados pelos conceitos e preconceitos do tempo em que vivem, a configuração do método considera o contexto histórico social para melhor compreensão do discurso no seu interior. Dessa forma, é capaz produzir uma interpretação íntima com a realidade, validando a análise em contexto (Minayo, 1992).

#### 4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A presente pesquisa está cadastrada na Plataforma Brasil sob o número de Protocolo/CAAE 66836823.0.0000.5240 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz em 04 de abril de 2023. Também está cadastrada na Plataforma Brasil sob o número de Protocolo/CAAE 66836823.0.3001.5279 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em 23 de maio de 2023. Esta pesquisa obedece às orientações sobre ética em pesquisa, segundo as normas da Resolução 466/12 do CONEP/Ministério da Saúde e Código de Ética Médica (2012).

##### **4.8.1 Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)**

A participação dos profissionais na entrevista foi de caráter voluntário e individual e foi condicionado ao preenchimento de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - APÊNDICE 2, de acordo com as normas preconizadas pelas resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 e nº 510/16 (2012; 2016). Foi realizada a explicação sobre a pesquisa a fim de esclarecer as(os) participantes e proporcionar segurança quanto a sua decisão de participar ou não do estudo. Foi ressaltado o sigilo das informações colhidas e o uso exclusivo para o estudo, garantindo (às) aos participantes que seus dados serão preservados. Não ocorreu a negativa de participação da pesquisa de nenhum participante após a avaliação do TCLE, mas caso essa situação ocorresse, a pesquisadora deixou evidenciado que a não aceitação em participar do estudo não causaria prejuízos de qualquer espécie aos envolvidos.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante dois dias dos meses junho e julho de 2023 foi realizada a coleta de dados no campo de pesquisa, com execução das entrevistas e a escrita do diário de campo. A escolha das datas para as entrevistas pautou-se em diálogos e acordos com a gerência da unidade, levando em consideração a rotina de trabalho da CF e de seus profissionais para a definição do melhor momento para tal. A partir disso, a entrada na unidade de saúde ocorreu de forma generosa e acolhedora, apesar de todos os desafios e múltiplas atividades que marcam a rotina de trabalho da APS. Houve garantia de um espaço reservado, um consultório da unidade de saúde, para efetuação das conversas.

A realização das entrevistas, como etapa da pesquisa, representa e possibilita o encontro com profissionais de saúde. Vivenciar essa etapa e estar no campo foi surpreendente, pois a troca com outras pessoas gera movimento nas construções de pensamento sobre a temática, favorece aprendizados e estimula a sensibilidade de captar as riquezas de cada fala, provindas das múltiplas bagagens de vida de cada participante.

Nesse cenário, as conversas ocorreram de forma fluída e proporcionaram encontros potentes, resultando em interações preciosas. Vale destacar que essas percepções são atravessadas pelo fato de conhecer previamente a unidade e alguns profissionais participantes da pesquisa. Esse contexto pode ter contribuído para um ambiente mais confortável, o que, por sua vez, favoreceu a possibilidade de atingir maior profundidade nas trocas. A percepção foi de que as falas carregavam espontaneidade e aparentavam não terem sido permeadas por resistências ou inseguranças que pudessem ter sido provocadas pela entrevista.

Porém, dialogar sobre um tema tão profundo e doloroso reverbera nossos sentimentos e reflexões em todos os âmbitos de quem somos, pessoalmente e profissionalmente. Dessa forma, as entrevistas resultaram em momentos de reflexão crítica e análise sobre as bases e motivações para a construção dos processos de trabalho na APS. Houve momentos de emoção, com lágrimas brotando dos olhos de quem cuida, tanto pelo motivo da dor causada pelas situações de violência, mas também pelo relato de experiências exitosas, quando do entendimento da força e potência do cuidado ser envolvido pelo estímulo à autonomia e pelo empoderamento individual e coletivo.

Diante desse contexto e considerando a descrição de como se deu a execução das entrevistas, após chegar no campo e identificar o espaço para a realização das conversas, sinalizei aos profissionais minha presença, com intenção de articular da melhor forma a

captação dos participantes e o melhor momento dentro do turno para realização da entrevista, respeitando os critérios de inclusão e a agenda de trabalho de cada profissional.

O convite foi feito através de plataformas virtuais (*WhatsApp*) enviado a gestão da unidade e encaminhado aos profissionais de forma geral previamente, porém a escolha e interesse final dos participantes foi impactada pela presença e disponibilidade de agenda de cada profissional nos dias específicos nas quais as entrevistas foram realizadas. Portanto, presencialmente foram convidadas(os) ao todo doze profissionais, entretanto, dois não preenchiam os critérios de inclusão e com uma participante não foi possível adequar um momento disponível, devido ao conflito de agenda em virtude das atividades de trabalho. No total foram realizadas nove entrevistas, com duração média de 40 minutos cada uma delas. Considerando o horário possível para cada profissional, as entrevistas ocorreram de forma individual em espaço reservado, sendo que, após o término de uma conversa, sinalizava ao outro participante a disponibilidade de iniciar nova entrevista, processo esse que ocorreu até o término dos diálogos.

É importante destacar que a pesquisa não se dispõe a generalizar os resultados e as discussões, mas sim, considerando o quão sensível constitui-se a temática em voga, propõe-se à análise e discussão das construções únicas e profundas que surgiram das entrevistas e que despertaram significados e sentimentos singulares para cada profissional.

Dentre os nove participantes, todos se identificaram como cis gênero, sendo que três participantes se reconheceram enquanto homens e seis como mulheres. Com relação à cor da pele, duas pessoas se identificaram como pretas, sendo estas com formação profissional relacionado à categoria de psicologia e enfermagem; três como pardas, incluindo agentes comunitários de saúde e categoria médica; e quatro como brancas, sendo relacionados à categoria médica, técnico de enfermagem e assistente social. Quanto à idade, a faixa de intervalo foi de vinte e sete e cinquenta e seis anos, com a predominância de participantes jovens por volta dos 30 anos de idade. A média de tempo de trabalho na área da saúde e na unidade selecionada foi de cinco anos. Quanto ao local de nascimento, seis pessoas nasceram no estado do Rio de Janeiro, sendo cinco pessoas naturais do município do Rio, duas pessoas nascidas no estado do Maranhão e uma pessoa do estado do Ceará. A configuração da categoria profissional contou com dois ACS, dois profissionais de medicina, ambos especialistas em medicina de família e comunidade, uma profissional de enfermagem especialista em saúde da família e comunidade, duas profissionais da equipe eMulti (psicóloga e assistente social) e dois técnicos de enfermagem.

O quadro 1 destaca alguns fatores relacionados ao perfil das(os) participantes, com intuito de organizar e facilitar o entendimento, mantendo-se, todavia, o sigilo dessas identidades. Sendo assim, as(os) participantes estão descritos com codinomes baseados em plantas, visando um entrelaçar de significados, pautado na reflexão de que o processo de luta e o processo de existência de uma planta têm fatores em comum. O crescimento de uma planta, enquanto semente, exige resistência, vigor, adaptação, defesa e perseverança, até quem sabe florescer, manifestando força, expansão, empoderamento, recomeço e esperança.

Quadro 1 – Perfil das(os) participantes

| <b>PARTICIPANTES</b> | <b>PERFIL</b>  |
|----------------------|--|
| <b>Bromélia</b>      | 54 anos, mulher, parda, ACS                                |
| <b>Jasmim</b>        | 28 anos, mulher, preta, enfermeira de família e comunidade |
| <b>Rosa</b>          | 33 anos, mulher, preta, psicóloga                          |
| <b>Orquídea</b>      | 32 anos, mulher, parda, médica de família e comunidade     |
| <b>Gérbera</b>       | 56 anos, mulher, branca, assistente social                 |
| <b>Cacto</b>         | 33 anos, homem, branco, médico de família e comunidade     |
| <b>Girassol</b>      | 27 anos, homem, pardo, ACS                                 |
| <b>Tulipa</b>        | 31 anos, mulher, branca, técnica de enfermagem             |
| <b>Antúrio</b>       | 28 anos, homem, branco, técnico de enfermagem              |

Fonte: Produzido pela autora, 2023.

Dando seguimento à descrição dos resultados, a maioria das(os) participantes apontou que durante sua formação profissional não teve contato com conteúdos relacionados à temática da violência contra mulheres. O restante relatou que as oportunidades que participaram voltadas para a discussão do tema, aprendizados e reflexões foram mais superficiais, em curto espaço de tempo.

Cabe destacar também que, com relação à percepção quanto ao perfil de mulheres em situação de violência perpetrada por parceiro íntimo, todas(os) destacaram as dependências financeira e emocional como um fator comum entre elas, sendo a maioria mulheres negras. Outro ponto relevante foi a percepção com relação ao impacto no processo de trabalho da ESF e à frequência de casos de mulheres em situações de violências que foram atendidos no contexto da pandemia da covid-19. Todas(os) as(os) participantes relataram que foram raros os atendimentos para as mulheres em situações de violências, pois, para além do contexto de

recomendação de isolamento social, os processos de trabalho durante esse período foram direcionados ao enfrentamento da pandemia. Houve esforços concentrados para a realização de testes, atendimento de pessoas sintomáticas, manejo de casos graves, adaptação ao uso de equipamentos de proteção individual e equipe de trabalho reduzida, visto as situações de afastamento profissional por contaminação ou proteção em virtude dos fatores de risco.

A fim de proporcionar fluidez e profundidade na exposição dos resultados e para facilitar sua correlação com a discussão, a continuidade dos resultados será apresentada através de alguns fragmentos das falas das(os) participantes, que serão explorados e dialogados com referenciais teóricos a seguir. As falas foram transcritas pela autora da dissertação, mantendo a fidelidade ao conteúdo dito, sendo que estes foram descritos com codinomes como já citado acima. Sendo assim, para melhor entendimento e sistematização da análise, foi feita a categorização do conteúdo, apresentada no Quadro 2. Após leitura flutuante para identificação de conteúdos próximos e para o agrupamento de ideias, emergiram duas categorias e suas respectivas subcategorias. A primeira delas é descrita com relação a percepção das(os) profissionais quanto às violências contra mulheres provocadas por parceiro íntimo e a segunda refere-se às suas experiências quanto ao cuidado em saúde das mulheres em situações de violências no contexto pandêmico.

Quadro 2 - Categorias e subcategorias

| CATEGORIAS   | SUBCATEGORIAS   |
|--|---|
| <b>Percepções sobre a violência contra mulheres por parceiro íntimo</b>  | Quem são essas mulheres?  |
|  | Violência contra as mulheres por parceiro íntimo.<br>Quais são suas raízes? O que a nutre?                          |
|  | Perspectivas das dificuldades enfrentadas pelas mulheres em situação de violência por parceiro íntimo.              |
| <b>Experiências sobre o cuidado em saúde das mulheres em situação de violência por parceiro íntimo no contexto pandêmico</b> | Violência contra mulheres por parceiro íntimo e covid-19: O percurso do cuidado na APS                              |
|  | Notas sobre o papel da equipe multiprofissional no cuidado às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo |
|  | O cuidado em saúde guiado por trilhas e não por trilhos –desafios e avanços   |
|  | As emoções de profissionais no cuidado às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo                     |

Fonte: Produzido pela autora, 2023.

O despontar das categorias parece construir caminhos que elucidam o percurso de análise, desde a reflexão sobre quais são as raízes que sustentam a manutenção da violência até

o pensar de como é configurado o processo de cuidado de uma mulher em situação de violência em um contexto de crise sanitária e os desafios impostos à APS.

## 5.1 PERCEPÇÕES SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES POR PARCEIRO ÍNTIMO

### 5.1.1 Quem são essas mulheres?

*“As que são mais suscetíveis à violência são negras (...). A maioria com baixa escolaridade, algumas dependentes financeiramente do parceiro(...).”*  
(Jasmin)

*“(...) tem um perfil bem característico né? Principalmente no nosso território... Mulheres, uma boa parte analfabeta, analfabeta funcional mesmo. Mulheres pretas, isso é bem marcante.”* (Rosa)

*“Dependente financeiramente. Financeiramente, emocionalmente também.”*  
(Antúrio)

Antes de dialogar com as falas que emergiram das entrevistas sobre as percepções de quem são essas mulheres em situação de violências, que são atendidas sob a ótica de profissionais, faz-se importante explorar as subjetividades do que é ser mulher na sociedade. Essa composição complexa está engendrada às cargas de historicidade e de construções sociais, visto que a estrutura do papel do gênero foi socialmente arquitetada e segue pilares demarcados por padrões culturais e emocionalidade (Barreira, 2022). Dessa forma, a construção das subjetividades sobre ser mulher e de quem ela é enquanto *sujeito* na sociedade é atravessada pelo contexto social, cultural e político, além do afeto e sentimentos. Esse combo, por sua vez, interligado com historicidade, sofre impacto de acordo com gênero, raça, condições socioeconômicas e faixa etária (Barreira, 2022). Sendo assim, os marcadores sociais determinam atravessamentos específicos e geram necessidades e reivindicações de acordo com cada contexto (Assis, 2019).

Porém, a história revela que durante muito tempo os movimentos feministas (geralmente liderados por mulheres brancas) foram conduzidos entendendo a mulher como um *sujeito* único, ou seja, as pautas eram consideradas como pertencentes e atendendo a todo público feminino, independente das experiências e vivências. Um exemplo que dialoga com tal contexto é a luta sobre a inserção das mulheres no mercado de trabalho que, embora muito relevante e importante, não abarcava todas as mulheres na prática, visto que, em virtude do processo de

escravização, o trabalho nas ruas, nos campos e empregos domésticos já era realidade na vivência das mulheres negras (Assis, 2019).

Nesse contexto, considerando o caráter racista e sexista da nossa sociedade que transpassa, principalmente, as mulheres negras, os feminismos negros atuam para trazer à tona as diferenças e defender que o entendimento do que é ser mulher deve ter como base os atravessamentos das categorias de gênero e raça nas vivências dessas mulheres. Essa reflexão, por sua vez, não desvaloriza outras pautas, na verdade destaca a importância da luta feminista, sob à luz antirracista, como reforça Audre Lourde (Assis, 2019).

Entre nós existem diferenças muito reais quanto à raça, idade e sexo. Mas não são essas diferenças que nos separam. O que nos separa é, ao contrário, nossa negativa para reconhecer a diferença e a analisar as distorções que derivam de dar nomes falsos tanto a ela quanto a seus efeitos na conduta e nas expectativas humanas. Racismo, crença na superioridade inerente de uma raça em relação às demais e, portanto, em seu direito de domínio (Assis, 2019, p.12).

Partindo para o diálogo pautado nas devolutivas que sobressaíram nas entrevistas e ao pensar sobre o lugar das mulheres negras na sociedade atual, faz-se necessário resgatar a discussão sobre a interseccionalidade. Nesse sentido, Jurema Werneck (2021) refere que a vulnerabilidade é resultado da intersecção de vários fatores. No contexto brasileiro, as desigualdades que afligem as mulheres negras apontam para uma tríplice discriminação: ser mulher, ser negra e a pobreza. Essa combinação confere poderosas estruturas à violência estrutural perpetrada nas vivências atuais, mas, analisando de forma mais profunda, expõe a mulher negra às violências simultâneas, resultantes da intersecção das iniquidades de raça, gênero e classe (Werneck, 2021).

Dialogando com tal cenário, a autora Carla Akotirene destaca:

Visto isto, não poderemos mais ignorar o padrão global basilar e administrador de todas as opressões contra mulheres, construídas heterogeneamente nestes grupos, vítimas das colisões múltiplas do capacitismo, terrorismo religioso, cisheteropatriarcado e imperialismo. (Akotirene, 2019, p13)

Diante do exposto, as percepções evidenciadas nas entrevistas ilustram a discussão. Ao pensarem nas experiências de atendimentos e nas dimensões das violências executadas contra mulheres, a maioria relacionou a mulher negra como um perfil comum afetado pela exposição a essas situações, principalmente por parceiro íntimo. Estaremos sujeitos a cometer superinclusão, inclusive no cuidado em saúde, se refletirmos sobre violência contra mulheres, sem levar em conta sua identidade e os diferentes marcadores que deixam cicatrizes em seus corpos. E quando a orientação geográfica aponta para o Brasil, mais especificamente para a periferia do Rio de Janeiro, as intersecções tornam-se ainda mais complexas. Vale destacar e compreender a cidade do Rio de Janeiro através de alguns referenciais. Segundo os dados do

Censo 2022 divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população da cidade é caracterizada por maioria negra (pretos e pardos) e, com relação ao gênero, é composta majoritariamente por mulheres, representando 53,59% da população carioca (IBGE, 2023). Ou seja, o Rio é uma cidade com maioria negra e feminina. Cabe ressaltar também que no âmbito da saúde pública, a população negra representa a maior parte das pessoas que utilizam os serviços ofertados pelo SUS (Silva, 2021).

Nesse cenário, segundo Akotirene (2019), a interseccionalidade, como uma lente da interação estrutural e seus efeitos, revela os cruzamentos de discriminação aos quais as mulheres negras estão mais vezes posicionadas e, dessa maneira, mais vulneráveis ao choque das estruturas e fluxos modernos (Akotirene, 2019). Tal discussão é corroborada com estudos que mostram que mulheres negras e com menor renda são atravessadas pelos efeitos da violência estrutural (Moraes et al., 2011). Quando o pano de fundo é mais especificamente de violências contra mulheres, as falas das entrevistas vão de encontro a um estudo realizado por Tinoco et al. (2021), que descreve sobre vulnerabilidades da mulher brasileira e a relação com os tipos de violência que são expostas. Esse estudo trouxe como resultados de uma revisão integrativa de literatura que a maioria das mulheres eram pretas ou pardas, casadas, com baixo nível de escolaridade e a violência por parceiro íntimo teve destaque (Tinoco et al., 2021). O Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2023) já citado neste trabalho, mostra que, nos casos de feminicídio, o autor é identificado como o parceiro íntimo em 56,3% e 61,1% das vítimas eram mulheres negras (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023).

Outra percepção comum que pode ser observada nas falas é quanto à escolaridade. A ausência ou baixa escolaridade foi pontuada mais de uma vez nos discursos, sendo atrelada às mulheres negras, através das percepções das(os) entrevistadas(os) sobre as violências contra mulheres, principalmente por parceiro íntimo. Importante citar que, historicamente, as primeiras escolas foram concebidas para os homens e a concepção de atividade intelectual era entendida para o público masculino, como exemplo das hierarquias sociais que tem garras até a atualidade (Almeida et al., 2020). Estudo realizado pelo IBGE (2023) na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua, evidencia que, em 2022, com relação ao gênero, a taxa de analfabetismo das mulheres com mais de quinze anos foi de 5,4%, enquanto a dos homens foi de 5,9%. No quesito raça/cor, a taxa de analfabetismo na mesma faixa etária anterior foi de 3,4% em pessoas brancas e de 7,4% em pessoas pardas ou pretas (IBGE, 2023). Tais estatísticas retomam a análise sobre como a operação das estruturas colonialistas que operam a sociedade, posiciona determinados grupos à margem, ficando suscetíveis às vulnerabilidades, violências e iniquidades, tais como também na educação (Akotirene, 2019).

Faz-se importante também discutir as dependências financeira e emocional, considerando o cenário de violência contra mulheres por parceiro íntimo, citadas por unanimidade nas entrevistas. Válido ressaltar que qualquer tipo de violência interfere na percepção de quem se é e gera prejuízos psicológicos e emocionais. Mas em contextos de violências contra mulheres por parceiros íntimos, esse processo é mais complexo e assume dimensões ampliadas, considerando as profundezas da estrutura patriarcal que compõe a sociedade e atravessa as mulheres. Além disso, quando as violências ocorrem no lar, ou seja, ambiente que deveria gerar sentimentos de segurança e pertencimento, acabam por potencializar a vulnerabilidade feminina (Oliveira, 2022).

Dessa maneira, cabe resgatar o ciclo da violência doméstica contra mulheres já citado neste trabalho sobre a chamada fase de lua de mel. Na ocasião, por sua vez, ocorre uma mudança comportamental, com demonstrações de afeto, arrependimento por parte do agressor, suprimindo temporariamente os sentimentos de inadequação e insegurança, o que pode contribuir para alimentar a dependência emocional (Almeida et al., 2020). A literatura descreve alguns fatores que podem contribuir para manutenção e perpetuação da situação como os antecedentes familiares de atos violentos, o desemprego, pobreza, fragilidade de rede de apoio, as alternativas possíveis e a própria dependência emocional (Nogueira e Nascimento, 2023). Outro estudo com mulheres gestantes no Brasil corroborou tais fatores, destacando que dependência financeira da gestante ao parceiro e o desemprego atuam como fator de risco para a violência, contribuindo para a permanência das mulheres em relacionamentos abusivos (Brito dos Santos; Santos; De Carvalho, 2023). Além disso, a tomada de decisão pode ser impactada pelas possíveis consequências para outros membros familiares, como filhos, e pela desconstrução do ideal familiar (Esperandio, 2019). Assim, a dependência emocional e financeira são importantes fatores relevantes no contexto da violência íntima como demonstra a literatura e como se mostrou presente nas respostas das entrevistas.

Pode-se compreender que é fundamental o exercício de construir análises para visualizar que as opressões sobre corpos femininos nas dimensões estruturais, particulares e singulares ocorre de forma imbricada. Ou seja, as opressões se retroalimentam e, portanto, não podem ser analisadas de forma isolada. Uma “mulher negra periférica” ocupa maiores percentuais em dados estatísticos para feminicídio, violência doméstica, violência obstétrica, iniquidades em saúde, baixa renda, subemprego, desemprego, informalidade, baixa escolaridade, mãe solo, entre outros, exatamente por ser, ao mesmo tempo, mulher, negra e periférica (Akotirene, 2019). Os cruzamentos dos marcadores de acordo com raça, gênero, classe, orientação

geográfica, sexualidade, idade ou necessidades específicas afetam a identidade, atravessam as mulheres de diferentes formas e atuam sobre seu lugar no mundo, o que torna fundamental o aprofundamento da interação de opressões a partir de cada contexto (Veiga, 2020).

### **5.1.2 Violência contra as mulheres por parceiro íntimo. Quais são suas raízes? O que a nutre?**

*“O sistema capitalista, o machismo que a gente vive influencia muito, porque, acho que pra um homem se sentir no direito de agredir uma mulher ou uma criança ou até mesmo estuprar uma mulher, é porque ele se sente superior a ela. Ninguém tem direito de agredir ninguém.” (Jasmin)*

*“Eu acho que é histórico né? Pensando de forma mais macro, o patriarcado que predomina né?” (Rosa)*

*“Bom, trazendo pra realidade do território onde a gente opera, tem uma questão cultural, machismo... essa cultura que a mulher tem aquele papel que é pra fazer, pra obedecer, pra reproduzir, que não vê a mulher em si, vê a mulher como coisa, como objeto... Cultura machista.” (Gérbera)*

Como ilustrado nas falas, vale ressaltar que, de modo predominante, a presença do patriarcado, sustentando a cultura machista foram apontados como raízes do problema das violências contra mulheres, porém o racismo não foi identificado na coletânea de respostas para esse momento da entrevista, talvez por não ser identificado em uma primeira reflexão por parte das(os) profissionais como parte estruturante e central dessa problemática. Portanto, cabe destacar que o fenômeno de violência contra mulheres por parceiros íntimos, tem raízes profundas e bebem na fonte da interação de estruturas como patriarcado, colonialidade, racismo e capitalismo (Lucena, 2020).

Nesse sentido, resgatando as marcas teóricas já discutidas acerca do patriarcado e seus desdobramentos, esse sistema de dominação masculina permite que o homem organize e direcione a vida social aos seus interesses (Santos; Oliveira, 2010). Para Saffioti (2004), o patriarcado perdura e é sustentado por valores e pela lógica de que:

1) Não se trata de uma relação privada, mas civil; 2) Dá direitos aos homens sobre as mulheres, praticamente sem restrição [...]; 3) Configura um tipo hierárquico de relação, que invade todos os espaços da sociedade; 4) Tem uma base material; 5) Corporifica-se; 6) Representa uma estrutura de poder baseada tanto na ideologia, quanto na violência (Saffioti, 2004, p. 57-58).

Corroborando os fatores citados nas falas das entrevistas, dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento evidenciou, através de um recente relatório do Índice de Normas Sociais de Gênero (INSG), que os preconceitos de gênero permanecem enraizados na sociedade moderna atual (UNDP, 2023). A metodologia do estudo pretendeu, pautado em

dimensões políticas, educacionais, econômicas e físicas, quantificar os preconceitos contra mulheres e seu lugar no mundo. Segundo a descrição do estudo, o índice abrange 85% da população mundial, incluindo tanto os países com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixos e como os com elevado IDH, revelando que nove em cada dez pessoas têm preconceitos fundamentais contra as mulheres. A crença de que os homens são melhores líderes políticos que as mulheres está presente em quase metade da população e, duas em cada cinco pessoas elegem os homens como melhores executivos de negócios. O índice ainda revelou um dado chocante, cerca de 25% das pessoas do mundo acreditam que, diante de uma relação afetiva, é justificável agressão contra mulheres por parte dos homens (UNDP, 2023). O relatório aponta e evidencia as fortalezas da estrutura patriarcal que permeiam os ideais da sociedade moderna, expondo e naturalizando processos de violência contra as mulheres. No cenário mundial, essa dinâmica é vista ao vivo e em cores com a sub-representação de mulheres em cargos de liderança. A fração feminina atuando como chefes de Estado ou chefes de governo gira em torno de 10%, e no mercado de trabalho elas ocupam menos de um terço dos cargos gerenciais. Esse relatório expõe também um descompasso entre dimensões educacionais e empoderamento econômico, visto que, apesar do progresso das mulheres no campo educacional, ainda possuem renda menor que os homens (UNDP, 2023).

Assim, refletindo sobre o que emergiu das entrevistas quanto às motivações para as opressões vividas por mulheres, é evidente o protagonismo das estruturas patriarcais, coloniais e seus desdobramentos nessa dinâmica. A linguagem do colonialismo se deu e se dá pela violência. Essas estruturas ganharam roupagem moderna e se fortificaram com a ascensão do capitalismo, perpetuando as diversas formas de opressão feminina (Lopes, 2017).

O diário de campo, no âmbito deste trabalho, atua como fonte de percepções subjetivas do momento das entrevistas e ofertou análises adicionais à discussão da temática. Na ocasião do questionamento da percepção de profissionais quanto aos motivos possíveis que levam a ocorrência de violência contra mulheres por parceria íntima, foi notado, na maioria das(os) participantes, que as respostas citadas eram ditas com certo tom de desânimo, exaustão e impotência, visto que estamos analisando grandes estruturas operativas da sociedade com raízes fortes e que se apoiam umas nas outras. Nesse sentido, uma divagação percorre as reflexões: seria possível a manutenção de uma vida digna para mulheres, livre de opressões, considerando que a contemporaneidade funciona com a atividade protagonista do capitalismo imbricada com os seus sustentáculos estruturais, como o cisheteropatriarcado e o racismo?

Lopes (2017) afirma que a violência contra mulheres é um mecanismo de expressão da questão social, cuja manifestação é potencializada pela presença das desigualdades que são

decorrentes, por sua vez, do modo de produção capitalista. Santos e Oliveira (2010) reforçam que a opressão feminina é de interesse do capital enquanto sistema, visto a perspectiva da inserção das mulheres no campo do trabalho, de modo geral, de forma precária e subalterna, e pela perpetuação do patriarcado na instituição família, além da possibilidade de controle sobre a mulher do ponto de vista ideológico (Santos; Oliveira, 2010). Segundo Saffioti (2004):

A dominação-exploração constitui um único fenômeno apresentando duas faces. Desta sorte, a base econômica do patriarcado não consiste apenas na intensa discriminação salarial das trabalhadoras, em sua segregação ocupacional e em sua marginalização de importantes papéis econômicos e político deliberativos, mas também no controle de sua sexualidade e, por conseguinte, de sua capacidade reprodutiva. (Saffioti, 2004, p.113)

Para Santos e Oliveira (2010), até os dias de hoje, as relações de gênero permanecem atravessadas e pautadas pela intrínseca relação entre o patriarcado e o capitalismo, submetendo as mulheres a relações de dominação, violência e violação dos seus direitos. Porém, a prática do sistema patriarcal na vivência individual e coletiva não é homogênea, e deve ser compreendida levando em conta a conjuntura sócio-histórica-cultural que atravessa as relações sociais e a constituição dos indivíduos em sua singularidade e subjetividade (Santos; Oliveira, 2010). Sendo assim, percorrendo as respostas advindas da troca com profissionais, cabe trazer para a discussão um pouco da complexidade sócio-histórica-cultural do cenário deste estudo. Trata-se especificamente de uma região periférica do Rio de Janeiro, uma grande metrópole brasileira.

O Brasil, por sua vez, foi atravessado pelo processo de colonização e é marcado pela sua bagagem escravagista, gerando cicatrizes profundas no país no que diz respeito a construção do viver da sociedade, percorrendo os saberes, costumes, valores e cultura (Torres, 2007), sendo representadas pela chamada colonialidade (Quijano, 2005). Ou seja, a composição das relações sociais de produção brasileira é pautada a partir da imbricação de raça, gênero e classe, moldando o espaço a partir desses marcadores. Essa dinâmica é impulsionada em função do colonialismo e teve continuidade no desenvolvimento do capitalismo no país, posicionando, dessa forma, as mulheres em lugares passíveis para a manutenção da violência patriarcal, racismo e segregação, principalmente para mulheres negras (Faustino; Gonçalves, 2020).

Dessa maneira, ajustando a escala espacial brasileira e apontando a lupa de reflexão para as cidades, entende-se que os territórios são construídos a partir das vivências sociais, ou seja, o espaço urbano é um produto social. A cidade, com sustento do capitalismo, reforça a definição de papéis na dinâmica de separação das esferas pública e privada, alocando os homens no controle dos interesses públicos e as mulheres contidas na esfera privada, excluídas do exercício

da cidadania e postas à subordinação (Aquino, 2021). Além disso, a dinâmica da cidade, guiada pelo capital, intensifica as desigualdades socioeconômicas, tornando mais profunda a vulnerabilidade das moradoras da periferia (Peixoto, 2017). Segundo Aquino (2021), os reajustes do capital no cenário urbano afetam principalmente as mulheres menos abastadas economicamente, visto sua invisibilidade nos interesses públicos, aprofundando, assim, a exclusão e a violência. Nesse contexto, considerando os elementos interseccionais da cidade, a periferia abriga os elementos agravantes promovidos pelas desigualdades e pela fragilidade de políticas públicas, como condições de vida precárias, carência de saneamento básico e escassa atuação do Estado como provedor de infraestrutura e segurança (Aquino, 2021). O fracasso das políticas públicas é condicionado a ser interpretado como individuais, potencializando as formas de exclusão, subalternidade e violência das mulheres da periferia (Akotirene, 2019).

Dialogando com a discussão, considerando a periferia do Rio de Janeiro, cenário do estudo, e a temática da violência por parceiro íntimo, dados de uma pesquisa em uma cidade da região metropolitana do Rio de Janeiro evidenciaram que condições de moradias precárias e menor tempo de escolaridade estão ligados a uma maior prevalência de eventos violentos (Rafael et al., 2017). Nesse contexto, dados do Instituto de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro (ISP) mostraram que, em 2021, cerca de 49,3% das mulheres no estado do Rio de Janeiro sofreram violência dos companheiros ou ex companheiros e 59,9% dos casos ocorreu na residência (Oliveira, 2022). Segundo o Mapa da Mulher Carioca, a cidade do Rio de Janeiro registrou 25 casos de feminicídio em 2021, sendo observado aumento com relação ao ano anterior (SPM-RIO, 2022).

Pode-se associar, então, que o sistema regido pelo capital, apoiado no patriarcado e no racismo, impacta o espaço, uma vez que articula fatores como raça, gênero, classe, território e cria assimetrias entre o centro e a periferia, colocando as mulheres em estado de subalternidade, privação de direitos e opressões intrínsecas a um modelo de desenvolvimento (Schmidt, 2020). Nesse sentido, o machismo foi um fator citado mais de uma vez nas respostas das entrevistas com relação às raízes da violência íntima contra mulheres. Ele atua como um braço cultural da misoginia, caracterizada, por sua vez, pelo ódio às mulheres perpetuado pelo patriarcado (Correia, 2023). Corroborando tal reflexão, um estudo de 1997 a 2001 lançou dados do estado do Rio de Janeiro, evidenciando que a cultura do machismo legitima o poder masculino sobre as mulheres, favorecendo manifestações violentas em situações de perda de controle pelos homens no ambiente familiar (Lamoglia; Minayo, 2009, p. 595).

Dessa maneira, a manutenção da violência até os tempos de hoje afronta contra a ideia da dignidade da pessoa humana do Estado Democrático de Direito, no caso das mulheres

(Soares, 2023). No Brasil, o sistema jurídico foi organizado para dar sustentação à estrutura social que, por sua vez, tem como um de seus eixos a desigualdade de gênero, imbricada com os marcadores de raça e classe. Assim, o cenário nacional abre espaço para posições políticas e ideológicas que reforçam preconceitos e atitudes de intolerância. Nesse contexto, no âmbito de luta política, a batalha para o reconhecimento de direitos é necessária, pois movimenta, identifica e produz pertencimento nas mulheres, além repercutir pautas e balançar os alicerces das condutas opressoras. Porém, somente a conquista de direitos não é suficiente, pois a emancipação feminina terá perspectivas possíveis quando as estruturas sociais caminharem no sentido da superação da estrutura patriarcal, racista e capitalista em sua totalidade (Cunha, 2014).

### **5.1.3 Perspectivas das dificuldades enfrentadas pelas mulheres em situação de violência por parceiro íntimo.**

*“A maioria das vezes elas nem se percebem que estão sendo violentadas na sua integridade, na sua moral, né? Elas só chegam a perceber quando chega as vias de fato, que é a violência física.” (Bromélia)*

*“Eu acho que o primeiro de tudo é acreditar que elas estão sofrendo violência da pessoa que elas amam. E depois eu acho que a falta de conhecimento também, né? E falta de rede, sem saber pra onde vai, o que fazer, como agir...” (Jasmim)*

*“Então, elas têm muito medo de voltar para casa. Mas a maioria delas também não tem outro lugar pra ir. Não tem.” (Tulipa)*

*“Outro fator que é muito agravante em mulheres vítimas de violência é a forma como ela é recebida nos setores que teriam que acolher ela, sabe? (...) É o Estado sendo o primeiro via a violar o direito dessa mulher, né? Contribuindo e fazendo a manutenção dessa violência, você entende a gravidade? (...) A mulher daqui do território também é vítima de outros tipos de violência. Violência do mundo, do poder local...” (Gérbera)*

As respostas advindas das percepções de profissionais quanto aos desafios enfrentados pelas mulheres em situação de violência por parceria íntima perpassam, primeiramente, pelo não reconhecimento da perpetuação de práticas violentas atravessando seus corpos, ocorrendo muito antes das chamadas vias de fato, ou seja, ocorrendo muito antes das marcas geradas por agressões físicas. Isso demonstra e elucida o impacto no viver das mulheres gerado pela realidade penetrante das estruturas sociais vigentes, as quais tornam sutis e parte das práticas cotidianas as diversas formas de violência, com o uso da opressão e violação de direitos (Saffioti, 2004).

A lógica do patriarcado direcionou a construção hierarquizada dos papéis masculinos sob os femininos no contexto social e cultural do Brasil, cabendo às mulheres a opressão diante das relações de poder estabelecidas. Essa dinâmica de percepção do gênero é socialmente modelada e intrínseca às comunidades pela repetição cultural, fazendo com que os comportamentos sejam incorporados não pela determinação biológica, mas sim, pelo aprendizado social (Lira; Barros, 2015).

Dessa maneira, indo ao encontro das falas das entrevistas, as atitudes violentas que atingem o campo psicológico por exemplo, muitas vezes naturalizadas nas relações sociais, podem preceder os atos violentos de natureza física e favorecem ainda mais a subjugação das mulheres diante dos homens, visto que contribuem para a diminuição da autoestima feminina, tornando mais difícil o reconhecimento do caráter de violência dos atos sofridos (Bandeira, 2014). Somado a isso, quando inserimos a perspectiva do afeto sob a análise da violência por parceria íntima, as reflexões tornam-se ainda mais complexas, visto que os sentimentos e as vivências de intimidade são construídas com aquele que também é o perpetrador da violência. Assim, as mulheres podem não se perceber no ciclo de abuso, pois são levadas a criar uma visão distorcida sobre que é amor, atenção e cuidado (Simões; Alves, 2018). Nesse sentido, dialogando com o exposto, bell hooks (2021) discute a temática do amor e das relações amorosas, reforçando que o entendimento de amor da sociedade está frequentemente entrelaçado à violência, o que dificulta o enfrentamento às opressões. Para ela, a noção de amor é permeada pela ação, ou seja, é um ato político que direciona para o exercício da liberdade e cura, sendo incompatível com abusos e violências (hooks, 2021).

Além disso, percorrendo a discussão sobre os desafios enfrentados pelas mulheres em situação de violência pela ótica das(os) participantes, foi identificada a fragilidade das redes de apoio. Sabe-se que a vivência da violência pode gerar sintomas de medo, culpa e vergonha, favorecendo o silêncio diante das ocorrências (Schraiber; D'Oliveira, 2002). Os atos violentos podem não ser reconhecidos e estão intimamente atrelados ao adoecimento das mulheres, que, por sua vez, pode ser manifestado por sintomas de natureza física e mental (Schraiber; D'Oliveira, 2002). Nesse sentido, a busca pelas redes de apoio pode configurar uma replicação de violências. A sociedade está estruturada de modo a gerar exposição das mulheres a uma violência simbólica mantida pela cultura patriarcal a qual, por sua vez, é nutrida pela ordem social e consentida pelo Estado (Silva et al., 2015). Akotirene (2019) reforça que as mulheres, em especial as mulheres negras, se deparam com expedientes racistas e sexistas das instituições públicas e privadas, o que potencializa e perpetua a violência como estrutura. Como exemplo, pode-se citar a localização dos centros e equipamentos de referência para o enfrentamento da

violência contra mulheres que, de modo geral, são instalados distantes de territórios vulnerabilizados (Akotirene, 2019). Segundo Akotirene (2019),

Além da violência atravessar as raças, classes e gerações, as queixas das mulheres negras sofrem estigmatização pelos aparelhos do Estado, devido às mulheres negras serem moradoras de espaços considerados perigosos, identificados como pontos de tráfico de drogas pelas mídias televisivas. O machismo, além disto, propicia aos agressores de mulheres, delegados, juízes e ativistas de direitos humanos, o encontro de iguais, porque a polícia que mata os homens no espaço público é a mesma que deixa as mulheres morrerem dentro de suas casas - o desprestígio das lágrimas de mulheres negras invalida o pedido de socorro político, epistemológico e policial. (Akotirene, 2019, p 29).

Assim, levando em consideração a interseccionalidade territorial, outro desafio enfrentado pelas mulheres moradoras da periferia que pode contribuir para o silenciamento dos atos de violência diz respeito aos impactos ao companheiro no âmbito de uma relação íntima, que pode sofrer punições de ordem jurídica ou pelo “poder paralelo” nas comunidades, ilustrando a replicação da violência relacional e estrutural que se implicam no território e atuam sobre as mulheres (Esperandio, 2019).

Pode-se perceber a complexidade e a profundidade dos desafios impostos às mulheres diante das situações de violência por parceiros íntimos. Foram elencados fatores de cunho subjetivo, perpassando os afetos, e desafios coletivos, visto que a prática da violência é intrínseca aos espaços e às estruturas sociais e, dessa forma, atravessam as mulheres de forma múltipla, com implicações nas suas trajetórias pessoais, relacionais, familiares e comunitárias.

## 5.2 EXPERIÊNCIAS SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NO CONTEXTO PANDÊMICO

### 5.2.1 Violência contra mulheres por parceiro íntimo e covid-19: O percurso do cuidado na APS

*“Se eu fosse a fundo na história de vida das mulheres aqui, a gente encontraria algum caso de violência em algum momento da vida de todas elas... é a sensação que eu tenho, sabe? Porque os indícios são muito grandes. O que eu chamo de indícios? É a quantidade de transtorno mental comum, a quantidade de disfunção familiar, a quantidade de problemas psiquiátricos mais graves, a quantidade de ideação suicida...” (Cacto)*

A percepção manifestada através dessas palavras evidencia como a violência contra mulheres é uma realidade devastadoramente prevalente e presente, contribuindo para processos de adoecimento e sofrimento. Estudos apontam que a vivência de eventos violentos nas suas diferentes formas promove efeitos longevos, cumulativos e que persistem mesmo após seu

término (Esperandio, 2019). Vale reforçar que, segundo dados da OMS, ao longo da vida, uma em cada três mulheres sofre por situações de violência física ou sexual, com autoria, na maioria das vezes, de seu parceiro íntimo (OPAS, 2020). A violência penetra o viver das mulheres, causando impactos em suas dimensões pessoais, familiares e comunitárias. Considerando os variados marcadores interseccionais que as perpassam, os abusos aumentam a exposição delas ao risco à saúde física, mental, sexual e reprodutiva, abarcando as infecções sexualmente transmissíveis, HIV e gravidez indesejada (OPAS, 2020).

Diante de tal cenário, a APS, como porta de entrada para a rede em saúde e pelos pressupostos da longitudinalidade, representa um local estratégico que pode atuar como sentinela na detecção de mulheres em situação de violência por parceiro íntimo (Esperandio, 2019). Dessa maneira, para construir o processo reflexivo acerca do percurso de cuidado das mulheres em situação de violência na APS, é importante compreender, inicialmente, de que forma as mulheres acessam, ou seja, como é feita a identificação dos casos, a partir da ótica profissional.

*“Geralmente chega com uma questão mais psíquica. Nunca vem de forma pronta uma violência. É uma crise de ansiedade, depressão, um isolamento social...” (Rosa)*

*“Com sintomas inespecíficos... aí você faz uma intervenção, aquela intervenção não surte efeito, a paciente volta com outro sintoma. Então, eu acho que vem muito por demanda oculta, vem muito por “hiperfrequência” de determinadas mulheres, o que chama atenção dos próprios ACS. A mulher que vem dizendo que foi espancada e sofreu uma violência não é a maior parte. Existe, mas não é a maior parte.” (Cacto)*

As percepções profissionais elucidam como os atravessamentos da violência na vida das mulheres representam um processo complexo e sorrateiramente silencioso, já que, em grande parte dos casos, tal processo é encoberto pelas manifestações de queixas inespecíficas, agudas ou crônicas. A literatura corrobora tal visão e reforça que as mulheres em situação de violência podem acessar os serviços de saúde de forma assídua e serem consideradas como poliqueixosas em virtude do perfil de demandas apresentadas, visto que muitas vezes não demonstram alteração nos procedimentos executados para investigação terapêutica (Brasil, 2002). Por isso, faz-se importante a escuta sensível e atenção aos sinais verbais e não verbais que podem significar um alerta para a violência (Ducan, 2013).

Em geral, as queixas podem ser variadas perpassando, por vezes, por demandas comuns da rotina de atendimento. As manifestações físicas podem surgir por dores pelo corpo, musculares e de cabeça, além de queixas ginecológicas e sintomas por acometimento do trato gastrointestinal, como náuseas, alterações no apetite, epigastralgia, cólicas, entre outros.

Sintomas psicossomáticos também podem estar presentes desde quadros de ansiedade, prejuízo na autoestima, depressão, fobias, alteração no padrão de sono até práticas de automutilação e/ou tentativa de suicídio. No âmbito social, as manifestações podem incluir o isolamento por sentimentos medo ou vergonha diante da situação vivenciada (Brasil, 2002).

Após o reconhecimento de um caso, algumas ações foram citadas pela maioria das(os) profissionais como condutas importantes para o seguimento do cuidado, acompanhamento e vigilância. Preenchimento da ficha de notificação, compartilhamento com a equipe multiprofissional que, no cenário da pesquisa conta com serviço de psicologia e assistência social, encaminhamentos para serviços especializados como Centro Integrado de Atendimento à Mulher (CIAM), articulação de redes de apoio e diálogo sobre direitos das mulheres foram apontadas como práticas adotadas na rotina de modo geral.

Porém, algumas dificuldades para execução plena dessas ações foram identificadas pelas(os) profissionais, como escassez de serviços de apoio próximos ao território e tempo restrito para escuta, articulação e vigilância do cuidado em virtude da intensa dinâmica de trabalho na APS. As interfaces mais profundas que dialogam com tais fragilidades serão abordadas mais à frente na dissertação. As reuniões de equipe, contudo, surgiram das entrevistas como recurso possível para discussão do caso e definição de próximas ações de cuidado junto à equipe.

*“Normalmente esses casos vão pra pauta de reunião de equipe, a gente conversa, discute sobre, pede para o ACS tentar sondar, ver como é que está... como é a questão familiar e tudo...”* (Jasmin)

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reconhece a reunião de equipe como atribuição comum aos profissionais para o planejamento e a avaliação de ações de cuidado (Brasil, 2012). Almeida da Silva Rocha et al. (2019) reforçam ainda o caráter democrático e participativo que é esperado para a atividade, além de apontar que a manutenção da regularidade das reuniões de equipe na prática do cuidado é tida como padrão de qualidade.

Porém, o acontecimento da pandemia da covid-19 interrompeu a continuidade do percurso do cuidado ao qual se conhecia, pois provocou um choque profundo no cotidiano global, sendo necessárias adaptações individuais e coletivas a partir das recomendações de isolamento social como medida preventiva para a contenção da contaminação do coronavírus. Assim, houve redução da circulação urbana, diminuição da frota de transportes públicos, interrupção das atividades não essenciais, com conseqüente intensificação da convivência em ambiente doméstico (ONU MULHERES, 2020). O setor da saúde, enquanto serviço essencial, passou por readequações nos fluxos de atendimentos e na organização do ambiente, sendo uma

delas a separação dos sintomáticos e não sintomáticos, visando minimizar os riscos de contágio dentro das unidades de saúde (Silva et al., 2022).

Frente ao cenário de enfrentamento contra o coronavírus que se estabeleceu e a temática da violência contra mulheres, cabe destacar a importância de considerar as esferas relacionadas aos marcadores interseccionais na definição de ações de cuidado,

[...] lembrando que as mulheres sofrem de forma desproporcional os impactos das crises econômicas e sociais, que a estrutura patriarcal das sociedades mantém ativa a divisão sexual do trabalho que se expressa na distribuição desigual das atividades de cuidado e organização doméstica sobre as mulheres e trazem consigo a intensificação da violência contra meninas e mulheres em ambiente doméstico e familiar (ONU MULHERES, 2020, p. 5).

A disseminação rápida do vírus gerou uma intensificação dos atendimentos de pessoas sintomáticas respiratórias. Diante da realidade imposta por esse panorama inédito, a manutenção do acesso ao primeiro contato e longitudinalidade, atributos essenciais da APS, sofreu abalos pela necessidade de reconfigurações dos atendimentos, com suspensão de parte das ações de rotina e de atendimentos considerados não urgentes (Cirino, et al., 2021).

Nesse sentido, dialogando com tais apontamentos, as narrativas das(os) participantes deixou evidente a percepção de mudança no padrão de atendimentos, com redução da assistência e do acesso com relação às mulheres em situação de violência por parceria íntima.

*“... as mulheres começaram a ficar muito mais em risco... Mas pouquíssimas chegaram. A pandemia impactou, né? Até porque eu acho que os esforços estavam muito voltados para o enfrentamento da pandemia, né? Pensando em muitos sintomáticos respiratórios e as pessoas graves chegando. E aí, algumas demandas super importantes foram ficando para um outro momento.” (Rosa)*

*“Durante a pandemia eu vi que a gente não atendeu muitos casos, porque a gente estava muito nessa, os sintomáticos respiratórios, covid, covid, covid... Porque era aquilo, a gente tinha que dar prioridade pra quem chegava aqui saturando noventa e cinco, né? Noventa e quatro, noventa... quem chegava aqui mal. Então acabava que era isso né? Era uma coisa até que ficou muito presente no território. Só vinham pra cá quem estava morrendo basicamente. E quem estava com risco de estar com covid, quem tinha sintomas. Raros eram os casos que a gente atendia assim dentro da pandemia, né? ... de violência doméstica. A não ser que fosse alguma coisa muito gritante. Por exemplo, de tomar um ponto, alguma coisa do tipo, extrair um dente.... Aí elas vinham porque era o mais próximo.” (Jasmin)*

*“Na pandemia não chegou nem a se cogitar possíveis estratégias de abordagem com mulheres em situação de violência, porque a gente estava com os esforços voltados para síndrome gripal e tinha gente passando fome, a gente se esforçava para conseguir cesta básica, ver quem aqui estava passando fome, era só isso, basicamente.” (Orquídea)*

Dessa maneira, direcionando a reflexão para os impactos gerados pela pandemia da covid-19, que representou uma crise global, uma emergência de saúde pública e um desafio para o mundo, é válido lembrar que a sociedade tem pilares estruturantes fincados no racismo e no sexismo (ONU MULHERES, 2020), além de estar imersa no sistema capitalista, o qual acentua as desigualdades (Peixoto, 2017). Nesse contexto, Silva (2023) aponta que a pandemia escancarou e exacerbou as desigualdades estruturais previamente existentes, gerando um impacto maior nas populações vulneráveis. As desigualdades, por sua vez, são apontadas como fator de risco para a ocorrência de violências (Sardinha et al., 2022). Assim, pode-se refletir que os efeitos da covid-19 não apresentaram dimensões tão democráticas, pois atingiram de forma mais intensa as populações que são historicamente vulnerabilizadas, como acontece com as mulheres, principalmente com as mulheres negras (Silva, 2023). Segundo Barroso e Gama (2020):

Desigualdades de gênero, bem como de raça, território, regionalidade, renda e escolaridade, são as responsáveis por colocar mulheres pobres no centro dos grupos possivelmente mais afetados pela pandemia do coronavírus; o caminho inverso também se mostra verdadeiro, na medida em que a crise sanitária e econômica em curso tem o poder de impor profundos retrocessos na busca por justiça social e igualdade de gênero no país (Barroso; Gama, 2020, p. 86).

Resgatando os episódios na linha histórica, no dia 05 de maio de 2023, a OMS anunciou o término da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à covid-19 (OPAS, 2023b). Assim, no que tange às mulheres em situação de violências e, com relação ao percurso de reconstrução do cuidado no período pós-pandêmico, cabe a reflexão sobre a importância de considerar as interseccionalidades para a manutenção do planejamento organizacional que permeia a retomada das ações em saúde na APS. Isso se dá a partir do pensamento que o período pós-pandêmico não finda os efeitos intensificados pela pandemia, ou seja, determinadas populações permanecem atravessadas pelas consequências da intensificação das desigualdades estruturantes (Silva, 2023). Com isso, resgatando a descrição da percepção das(os) profissionais participantes do estudo com relação à identificação dos casos de mulheres em situação de violência na APS, submergiu das entrevistas uma visão de aumento das demandas relacionadas à saúde mental, que pode ter como pano de fundo o atravessamento de eventos violentos.

*“O que a gente percebeu depois que acabou a pandemia foi um aumento no quadro de saúde mental. E aí quando a gente ia investigar, por conta de crise de ansiedade, depressão, tentativa de suicídio, automutilação... aí vinha a história, né? De abuso, tanto de adolescentes e crianças, quanto de mulheres. Vinha histórico de abuso, um histórico de espancamento, vinha em histórico de perder o pai, perder a mãe... Mas isso bem depois do início da pandemia.”*  
(Jasmin)

Dialogando com tal percepção, o Relatório da Comissão de Alto Nível da Organização Pan-Americana da Saúde sobre Saúde Mental e covid-19 reforçou que o panorama estabelecido pela pandemia, caracterizado, dentre outros fatores, pela intensificação de desemprego, inseguranças, perdas, luto e violências, contribuiu para intensificação do risco de desenvolvimento de questões de saúde mental (OPAS, 2023a).

Portanto, faz-se importante a atenção de profissionais para as diversas formas de manifestação das violências por parceria íntima no processo de adoecimento e para os marcadores sociais que agem como potenciais potencializadores das opressões contra corpos femininos (Moraes et al., 2011). Dessa maneira, cabe a reflexão que as ações pautadas por padrões de equidade étnico-racial, de gênero e territórios vulnerabilizados são indispensáveis na construção do percurso do cuidado em saúde na APS, visando o enfrentamento da violência contra mulheres por parceiros íntimos.

### **5.2.2 Notas sobre o papel da equipe multiprofissional no cuidado às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo**

Sabe-se que a APS é caracterizada por um conjunto de ações de saúde que são direcionadas a uma população de um território estabelecido. Pautadas pelos pressupostos da integralidade, essas ações também perpassam a coordenação do cuidado e devem ser direcionadas com vistas à ampliação da resolutividade e à promoção de impactos positivos na saúde dos indivíduos e das comunidades (Brasil, 2017). Para isso, a APS deve ser munida de tecnologias e direcionamentos que favoreçam a capacidade de atuação diante da complexidade assistencial, considerando os determinantes de risco e a vulnerabilidade social. Assim, as práticas do cuidado são estruturadas por profissionais de diversas categorias que formam uma equipe de Saúde da Família (eSF). A PNAB define as características da sua composição (Brasil, 2017).

Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. (Brasil, 2017, Cap.I, item 3.4).

Essa dinâmica de composição de profissionais ganhou novas possibilidades com a inclusão das, atualmente denominadas, equipes eMulti (Brasil, 2023).

Entende-se por eMulti equipes compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da Atenção Primária à Saúde - APS, com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde - RAS. (Brasil, 2023. Portaria GM/MS Nº 635, Art. 1º)

A partir desse panorama e considerando o caráter de atuação em saúde pela equipe multiprofissional, é importante a compreensão do cuidado pela lógica da integralidade. Ela, por sua vez, orienta para a percepção do sujeito de forma holística, atentando para as dimensões histórica, social, política, familiar, ambiental e outras dimensões as quais a pessoa está inserida (Silva; Bezerra; Tanaka, 2012). Com isso, a prática da integralidade em sua essência, é, simultaneamente, individual e coletiva, exigindo, dessa maneira, articulação entre a equipe multiprofissional. Ou seja, não se configura cuidado integral quando as ações em saúde têm caráter seletivo e as práticas são dissociadas dos contextos que permeiam o indivíduo (Silva; Bezerra; Tanaka, 2012).

Dessa forma, a integralidade pode atuar como um instrumento auxiliador aos profissionais para o entendimento da amplitude do processo saúde-doença, para além das suas dimensões biológicas (Mattos, 2004). Assim, a atenção integral enquanto prática de cuidado, também envolve a capacidade de articular as condutas preventivas e assistenciais em saúde a partir, inclusive, da percepção das necessidades do contexto de cada encontro. Ou seja, a apreensão ampliada das necessidades em saúde e a avaliação de como aquela demanda atravessa os contextos que permeiam o outro auxiliam na definição das condutas e ações em saúde, com vistas à construção do cuidado de forma integrada (Mattos, 2004).

A integralidade, enquanto um dos princípios orientadores do SUS, ocupa outros espaços e pode ser visto como um processo a ser alcançado na sua plenitude, ou seja, pode ser definido como uma bandeira de luta do sistema de saúde (Silva; Bezerra; Tanaka, 2012). Nesse contexto, configura-se como necessária a atuação da equipe multiprofissional de forma interdisciplinar e de forma a reconhecer o indivíduo enquanto um ser biopsicossocial. (Alves, 2005).

Dessa forma, o papel da equipe multiprofissional é fundamental para a construção de perspectivas práticas do cuidado integral, uma vez que a dinâmica de trabalho deve ser sustentada pelo caráter colaborativo, compartilhando os saberes, as percepções, as responsabilidades e as práticas entre profissionais, o que fortalece as condutas e amplia as possibilidades de reconhecimento das necessidades em saúde de modo contextualizado e responsável, valorizando as intersubjetividades (Queiroz et al., 2021).

Com relação a atenção às mulheres em situação de violência por parceiros íntimos, a equipe multiprofissional foi apontada pelas(os) participantes como fundamental, levando em

conta a complexidade e profundidade dessa problemática nas perspectivas da assistência. Assim, a possibilidade de partilhar saberes, experiências, percepções e responsabilidades é percebida como algo necessário e potente para a vivência profissional, considerando os desafios do trabalho, e como possibilidade para a construção de um cuidado mais robusto.

O trabalho dos ACS, dentro dessa lógica, foi reforçado como muito valioso, visto sua relação com o território, que pode favorecer a ampliação das percepções de sinais não verbais que permeiam a violência. Bezerra e Feitosa (2018) reforçam que o território de atuação dos ACS é um espaço vivo, em movimento e sua atuação contribui para o fortalecimento das relações e do processo de comunicação entre a comunidade e a equipe multiprofissional.

Para além de uma relação de interação entre profissionais, a atuação da equipe multiprofissional com as mulheres em situações de violência também foi colocada pelas(os) participantes como muito importantes, com destaque para as ações que visam a promoção de direitos e que articulam enquanto rede de apoio.

*“Promoção de direitos e ser veículo de informações importantes.” (Rosa)*

*“Então o papel da equipe multiprofissional é super importante porque talvez seja a única rede de apoio que elas tem né?” (Gérbera)*

Dialogando com a literatura, é citado que práticas de cuidado que estimulem a autonomia das mulheres e a promoção dos seus direitos podem contribuir para a conscientização e abertura de novas possibilidades diante do ciclo de abusos (Schraiber; D'Oliveira, 2002). Outro ponto marcante é o entendimento que profissionais de saúde atuam como “tutores da resiliência” para as mulheres em situação de violência. Durante o processo de enfrentamento dessa situação, os agressores podem esmorecer as qualidades de resiliência da mulher, sendo que a equipe de saúde, deve reconhecer essa circunstância e agir enquanto rede de apoio, fortalecendo suas qualidades e mapeando demais atores desta rede para construção do cuidado em suas dimensões, sob à luz da integralidade e longitudinalidade da atenção (Alonso; Sánchez, 2017).

### **5.2.3 O cuidado em saúde guiado por trilhas e não por trilhos – desafios e avanços**

Resgatando a apreensão das(os) profissionais da APS com relação ao percurso do cuidado ofertado para as mulheres em situação de violências por parceria íntima, alguns fatores apareceram nos discursos como expressão das dificuldades enfrentadas no cenário prático que, por sua vez, impactam o processo de atenção em saúde. O primeiro deles, apontado de forma

unânime, foi o tempo limitado que marca a rotina de trabalho na APS em virtude da pressão assistencial e pode restringir as oportunidades e possibilidades de uma escuta sensível e implicada, de construção de vínculos, de percepção das subjetividades e de reconhecimento dos sinais que não são ditos. Ou seja, o potencial do encontro em saúde entre mulheres e profissionais em sua essência, torna-se reduzido, o que deixa desafiadora não só a identificação de casos de violência contra as mulheres por parceiros íntimos, mas também o seguimento do cuidado e a vigilância dos casos identificados.

*“Com a pressão assistencial grande assim, a quantidade de demandas de atendimento por dia, é difícil a gente ter tempo de ouvir né?” (Bromélia)*

*“A gente conta com pressão assistencial, por exemplo, de agenda, tudo isso impacta no acompanhamento, né? Eu digo até de qualidade, porque às vezes ela vem pra continuar conversando com você sobre o que tá acontecendo, só que você sabe que tem seis pessoas ali fora esperando... Então, você não consegue dar aquela atenção que você queria... Acho que isso é uma fragilidade da APS.” (Orquídea)*

*“Eu acho que devido à grande demanda, às vezes acaba passando um pouco despercebido... O profissional vem e atende de manhã mais de trinta, quarenta pessoas no turno. E ainda ter psicológico pra conseguir lidar com uma situação como essa? É difícil, né?” (Girassol)*

*“Se a gente fosse a fundo com os sintomas nas mulheres que a gente consegue acompanhar, aí provavelmente acharíamos um fundo relacionado à violência mesmo. É do maior ao menor grau, enfim. Eu acho que a gente só não vai hoje por conta da sobrecarga de pacientes por equipe. E aí, quando eu tenho uma sobrecarga de pacientes por equipe, eu não consigo lidar e ir mais a fundo para além daquilo que é a necessidade do próprio paciente”. (Cacto)*

*“Eu acho que enquanto profissional, é super importante falar sobre isso. A gente ainda está num desmonte considerável em relação à saúde, eu acompanho as agendas dos profissionais superlotadas né? É o tempo inteiro com consultas de, sei lá, cinco em cinco minutos, dez e dez minutos... E para as pessoas, esse acompanhamento é muito importante, porque elas ficam em sofrimento... Acho que é um desafio fazer a manutenção, né? E como a gente está muito aquém sobre as políticas públicas de fortalecimento, né?” (Rosa)*

Acolhendo essas vozes e resgatando as notas produzidas pelo diário de campo, foi observado o constante esforço empregado para ofertar uma boa assistência e as melhores formas de produzir cuidado, mesmo diante das dificuldades. Porém, as percepções que submergiram das falas também vêm carregadas de sentimentos de exaustão, de sobrecarga, de esgotamento e de desgaste. Esses sentimentos não parecem ser recentes. Além da vivência da pandemia, vale lembrar do desmonte que marcou o cenário da saúde pública carioca no governo municipal de 2017-2020, com subtração importante de equipes de saúde da família, atraso nos salários e

redução expressiva no número de ACS (Fernandes; Ortega, 2020). Dessa forma, perante o que emergiu das entrevistas, cabe o aprofundamento sobre como é percebida a vivência de trabalho no cotidiano da APS carioca, os fatores contribuintes para essa dinâmica e suas interfaces com o cuidado de mulheres em situação de violência por parceiro íntimo.

Nesse contexto, um dos desafios apontados foi o alto volume de demandas em saúde, gerando uma enorme pressão nas práticas assistenciais. A demanda em saúde se constrói socialmente, é fruto da interação entre normas e práticas que permeiam os indivíduos, profissionais e instituições na sua relação com a oferta nos serviços de saúde, estes, por sua vez, subsidiados por projetos políticos institucionais. Ou seja, as demandas em saúde surgem de acordo com a combinação de como a sociedade aprendeu a compreender o processo saúde-doença em suas magnitudes, como lida com as grandezas humanas do sentir, do viver e do ser e como relaciona essas dimensões com as experiências de saúde, de cura e de adoecimento. Tudo isso inserido em um contexto pautado por políticas que direcionam a prática do cuidado em determinado espaço (Pinheiro et al., 2013). Segundo Pinheiro et al. (2013), muitos dos estudos iniciais de demandas do planejamento em saúde se subsidiaram em referências da economia.

Com isso, os estudos realizados sob esse prisma tendem a analisar seus componentes separadamente, de modo que a demanda seja relacionada apenas aos usuários ou consumidores, e a oferta seja ligada somente aos serviços (fornecedores) com seus componentes (profissionais de saúde e gerentes). Há nessa forma de elaboração teórica estreita ligação com os conceitos econômicos clássicos, que, assentados no mercado, via consumo, acabam por manter uma distinção entre as categorias demanda e oferta, pela qual o consumidor ou usuário vai para um lado e o prestador e seus agentes vão para o outro, numa ação descolada do contexto em que estão inseridos. (Pinheiro et al., 2013, p. 35).

Como contraponto, vale destacar a vitória social do reconhecimento da saúde enquanto direito humano fundamental, que é proposto pelo acesso universal aos cuidados em saúde. As práticas da atenção devem ser pautadas, nesse contexto, de modo a considerarem as dimensões dos outros direitos inerentes ao ser humano, além de reconhecerem o contexto social, político, cultural envolvido (Pinheiro et al., 2013). No cenário brasileiro, o SUS, em sua essência e espaço de luta, é uma preciosa conquista a ser sempre defendida e protegida. Sua criação trouxe princípios doutrinários e operacionais, os quais, em sua teoria, carregam direcionamentos que ampliam a reflexão sobre as demandas e necessidades em saúde para além apenas dos referenciais da economia (Pinheiro et al., 2013). Dessa maneira, deve-se compreender o cuidado em saúde não como um valor qualquer, mas, como prática social. Esse entendimento amplia os sentidos e aumenta a responsabilidade profissional, tanto no âmbito da gestão como no da assistência, uma vez que, as condutas em saúde quando vazias dessa consciência, quando

desimplicadas de marcadores como raça, gênero, sexualidade, classe social, orientação geográfica, podem contribuir para perpetuação das estruturas de opressão (Barreira, 2022).

Assim, é importante dialogar de que modo, em cenário prático, o cuidado é posto em oferta e organização, uma vez que, reproduções não permeadas pela implicação da prática social podem servir à interesses diversos, o que pode distanciar o cuidado do que se almeja alcançar, de acordo com as teorias direcionadoras da saúde pública (Barreira, 2022).

Diante do exposto é válido o resgate da integralidade enquanto um dos princípios do SUS e enquanto ação social. Considerando a complexidade que envolve o fenômeno violência contra mulheres por parceiros íntimos, ela pode atuar como fio condutor da tomada de ações em saúde, com vistas ao enfrentamento da questão. Soares e Lopes (2018) reforçam o caráter silencioso que a violência contra corpos femininos pode assumir nas demandas em saúde, sendo sobreposta e manifestada por possíveis queixas inespecíficas ou questões de saúde mental, dificultando seu reconhecimento. Dessa maneira, o cuidado, enquanto prática social e pautado na integralidade enquanto ação, deve ser implicado e permeado pelos dispositivos relacionais, como escuta, acolhimento, vínculo, confiança e diálogo. (Soares; Lopes, 2018).

Assim, vale a reflexão do quanto a prática que se faz possível ser ofertada na ocasião, se aproxima do cuidado em sua integralidade. No contexto da APS, dialogando com as entrevistas, o tempo limitado pela alta pressão assistencial que marca a rotina de trabalho, como apontado pelas(os) profissionais, pode subtrair oportunidades de escuta. Esta por sua vez, poderia proporcionar elementos facilitadores para o reconhecimento da raiz da queixa em saúde, além de fortalecer o encontro em suas subjetividades, construindo, assim, um cuidado mais robusto. Porém, com a pressão assistencial imposta na dinâmica de trabalho, e considerando o sofrimento causado pelas situações de violência, expresso muitas vezes por sintomas variados, corre-se o risco de práticas assistenciais voltadas principalmente para a resolução dos sintomas com processos de medicalização (Soares; Lopes, 2018).

Nesse sentido, é importante ponderar sobre algumas facetas que envolvem a pressão assistencial na APS. Pinheiro et al. (2013) refere que a estruturação do campo da saúde perpassa o ordenamento social e sua conjuntura socioeconômica, que, por sua vez, são atravessados pelo capitalismo. A manutenção desse sistema de produção na vida cotidiana é um gerador de sofrimentos, contribuindo, assim, para o aumento das demandas em saúde, visto cenário marcado, por exemplo, pela precarização das condições de trabalho, intensificação das violências e outras consequências relacionadas às desigualdades. Somado a isso, as desigualdades foram agravadas pelo contexto da pandemia da covid-19 e pela gestão presidencial da necropolítica que assumiu o Brasil até 2022. (Silva; Costa, 2023). As

repercussões das desigualdades atravessam principalmente as mulheres nos territórios em vulnerabilidade social e, nos sistemas de saúde, tencionam a assistência (Silva; Costa, 2023, Oliveira; Silva, 2023).

Outro ponto contribuinte a ser considerado envolve o número de pessoas cadastradas por equipe, considerado elevado pela percepção das(os) profissionais. Segundo as normas federais relativas à configuração das equipes da APS, a portaria 2979/2019, em vigência no momento, estipula, para um município urbano, o parâmetro de uma equipe de saúde da família para cada 4000 pessoas. Vale lembrar que, em portaria anteriormente vigente, o parâmetro de cobertura variava de 2 mil a 3,5 mil pessoas (Mendonça et al., 2023).

Nesse contexto, ao guiar o pensamento sobre as formas de avaliação da qualidade em serviços ou sistemas de saúde, o modelo conceitual de Donabedian é um dos mais aplicados e estabelece a tríade “estrutura–processo–resultado” (Terrezo, 2020). Assim, faz-se importante elencar algumas notas sobre a APS carioca. O modelo organizacional, por sua vez, é pautado, desde o início do seu processo de expansão, pela parceria gerencial público-privada firmada com as Organizações Sociais de Saúde (OSS) (Soranz; Pinto; Penna, 2016), cujas práticas perpassam pelo acompanhamento de indicadores e remuneração por desempenho (Fernandes; Ortega, 2020). Nadai (2020) aponta que a reestruturação produtiva de trabalho na APS engloba a lógica de capital flexível, após mudanças no modelo econômico, por meio da revolução técnico científica e com justificativa de flexibilização do trabalho.

Esta flexibilização gera uma busca cada incessante por maior eficiência na produção e faz com que os trabalhadores passem a assumir múltiplas atribuições. Fato este impulsionado pela inserção das inovações tecnológicas na saúde e potencializado pela variação da demanda. Se por um lado as inovações tecnológicas qualificam processos na medida em que tornam informações mais acessíveis ao coordenador do cuidado e contribui na ordenação da rede de atenção à saúde, por outro lado modificam a relação do trabalhador com o processo produtivo [...] (Nadai, 2020, p 40)

Corroborando a literatura, outro apontamento que aflorou das entrevistas foi a percepção de uma prática gerencial produtivista, com manutenção de múltiplas e crescentes demandas atribuídas às(aos) trabalhadoras(es), mas sem expansão do número de profissionais.

*“Cada vez só aumenta a cobrança... e com a mesma quantidade de profissionais. Eu sinto uma falta de apoio para o profissional em si, entendeu? Um jeito que seja sustentável para nós também...”* (Orquídea)

Nesse caminho de discussão, cabe destacar uma fala que emergiu das entrevistas e ampliou as reflexões sobre qualidade do serviço, servindo, inclusive de inspiração para o título desse subcapítulo.

*“A questão da qualidade é algo que tem sua importância... Eu acho que é importante existir algum tipo de incentivo para a gente conseguir cumprir*

*determinadas metas, enfim, buscar alguns indicadores mais sensíveis e mais específicos que demonstram que mudam o desfecho populacional. Porém ... se eu olhar pra isso como um enquadramento total do meu trabalho, a gente vai sair do rumo, sabe? ... Uma vez eu ouvi e guardei que os **protocolos dentro da atenção primária são trilhas, mas não são trilhos**, eu não posso estar engessado dentro daquilo ali.” (Cacto)*

Trilhas direcionam caminhos, mas ofertam flexibilidade e alternativas de novos percursos. Trilhos estabelecem rotas fixas e rígidas. A frase lembrada na entrevista, com autoria de Eugênio Vilaça Mendes (Mendes, 2011), permite o mergulho nos desdobramentos subjetivos do cuidado.

Considerando o cenário da APS, as linhas de cuidado atuam como percursos assistenciais padronizados de atenção à saúde, com base em diretrizes clínicas (Mendes, 2011). Estas, segundo Mendes (2011), são importantes para a gestão clínica ao nível gerencial, educacional, comunicacional e legal e devem ser encaradas como trilhas nesse processo e não como trilhos.

A prática do cuidado acontece entre pessoas com dimensões e emoções múltiplas. Sob a ótica profissional, esse fato torna imprescindível que a caminhada da assistência avance por mais trilhas flexíveis, visando capturar as subjetividades e as profundidades que talvez se percam em um processo organizacional sob controle e sob uma alta pressão assistencial.

Nadai (2020) aponta que foram conquistados avanços com o período de RCAPS, porém é importante, por exemplo, para além dos parâmetros numéricos que caracterizam a população, o olhar para sua estratificação considerando os determinantes sociais e suas influências nas condições de saúde, que se desdobra na integralidade da assistência e na saúde do trabalhador. Mendes (2015), em suas discussões sobre Rede de Atenção à Saúde, dialoga sobre o exposto e apresenta a construção social como uma prática que aborda formas de reorganizar o trabalho na APS.

Assim, resgatando a temática de violência contra mulheres por parceria íntima, as anotações de diário de campo evidenciam reflexões sobre como as estruturas do capitalismo, que guiam a nossa sociedade, podem impactar a integralidade do cuidado por vias diversas. Por isso, como é relevante, nesse sentido, a manutenção do exercício crítico sobre o cuidado, enquanto prática social, visando a definição dos melhores percursos nas trilhas da atenção às mulheres em situação de violências por parceria íntima. Porém, pautado na atuação do cuidado enquanto prática social, emergiram indagações sobre quais as facetas do viver, subjetividades e profundidades são possíveis de serem alcançadas no exercício da assistência, considerando a dinâmica agitada que se impõe na rotina do trabalho em saúde dos tempos atuais.

Dando continuidade à discussão, apesar da grandeza da problemática e dos desafios que impactam a rotina de trabalho na APS citados pelo olhar profissional, também foram mencionadas práticas potencializadoras e os avanços necessários para o cuidado de mulheres em situação de violências. As potencialidades mais citadas foram os grupos em saúde, atividades intersetoriais nas escolas e orientações sobre a temática na sala de espera. Os avanços a serem alcançados corresponderam a necessidade de um maior número de dispositivos de apoio no território e mais espaços de educação e diálogos sobre a temática.

*“Grupos, PSE... que é investir na educação de quem está vindo depois e na informação de quem está agora passando por isso. As salas de espera, de orientação sobre o que é, né?” (Jasmin)*

*“Espaços de convivência em relação a políticas públicas das mulheres no território... algo que elas alcancem mesmo. E muito mais profissionais né?” (Rosa)*

*“Enquanto equipe, enquanto unidade eu acho que ainda falta a gente conseguir ter espaço de conscientização da equipe técnica pra saber que isso é um problema gerador de outros problemas, sabe?” (Cacto)*

Para Dias et al. (2009), a realização de grupos na APS pode favorecer espaços de diálogos e valorização de diversos saberes, compartilhamentos de vivências e trocas de experiências, idealmente com práticas de intervenções implicadas, considerando a realidade local e seus determinantes, bem como situações que emergem do cenário de atuação.

Dialogando com o exposto, Oliveira et al. (2012) realizou estudos sobre atividades em grupo, mais especificamente sobre roda de conversas com mulheres, constatando que as atividades grupais podem atuar como importantes dispositivos de integração e como potenciais ferramentas para crescimento e transformação. Nessa perspectiva, parece um espaço com terreno fértil para diálogos que abarquem também a importância da luta coletiva para garantia de direitos e de políticas públicas de cuidado às mulheres e às profissionais de saúde. Piaggio (2009) relembra que, levando em conta o cenário desalentador de violência contra mulheres, o estímulo à confiança, autonomia, criatividade, autoestima e identidade, pode auxiliar na reconstrução das subjetividades intelectuais e coletivas.

Assim, é importante contextualizar sobre educação permanente em saúde, que corresponde a qualquer atividade que estimule uma adequação de práticas e atitudes a partir da aquisição de novos ensinamentos, visando contribuir, no presente, para a construção mais madura da(o) profissional do futuro, com vistas à qualidade da assistência e à prática do cuidado integral (Käfer; Scheid, 2007).

O cuidado, por sua vez, pressupõe diálogos. A comunicação, nesse cenário, foi apontada nas entrevistas como um nó crítico em algumas situações, principalmente na abordagem de casos complexos (De Sousa et al., 2020).

*“Principalmente ao nível de habilidade de comunicação. Eu acho que a gente tá muito mal ainda, sabe? A gente corta muito o outro muito rápido. A gente faz perguntas muito fechadas, a gente direciona nossas perguntas de acordo com aquilo que a gente tá pensando e tem dificuldade de abrir mão desse lugar pra deixar o outro falar, sabe? Entender que o normal dele é diferente do meu. E aí quando isso não ocorre eu tenho dificuldade de lidar com sintomas profundos, com temas com temáticas que às vezes não aparecem, sabe? Que ficam lá ocultas no fundinho.” (Cacto)*

De Sousa et al. (2020) reforçam que a comunicação nos espaços de trabalho é fundamental para a qualidade e segurança do cuidado ofertado. Com foco nas mulheres em situações de violência, trabalhar a comunicação na rotina faz-se importante para estreitar vínculos, enfrentar barreiras de poder, compartilhar condutas em saúde, entre outros (De Sousa et al., 2020). Montenegro et al. (2018) citam, em seus estudos, que fatores como o escasso protagonismo dos temas de violência de gênero, raça/etnia e classe social nos currículos acadêmicos e a redução do problema da violência ao plano biológico, podem contribuir para uma não profundidade do processo de comunicação e, com isso, para a invisibilidade da questão. Nesse sentido, é importante lembrar que o Método Clínico Concentrado na Pessoa (MCCP) é uma ferramenta de abordagem para condução da comunicação, visando o protagonismo e a integralidade do cuidado (Barbosa, 2016).

O trabalhador de saúde, ao produzir atos de cuidado, produz a si mesmo como sujeito e reconhece o usuário como tal, ambos agregando os aprendizados proporcionados por esse encontro. Decerto que, quando os trabalhadores de saúde se abrem para a produção de outros territórios existenciais, permitindo ser afetados e vendo a multiplicidade de reconhecer a vida em potência no outro, os vínculos e a corresponsabilização podem ser fortalecidos, em detrimento de “iatrogenias, interdições, atrocidades e microviolências cotidianas”. Compreender a interdependência do outro nas relações de troca implica reconhecer os usuários também como sujeitos autônomos, produtores de cuidado e não meramente consumidores de serviços. (Queiroz et al., 2021, p.2)

O Método Clínico Centrado na Pessoa, por sua vez, apesar de ser um instrumento excelente de comunicação e de abordagem das complexidades humanas, pode não ser capaz de abarcar as variadas formas de opressão que interpelam o ser social e que estão diretamente relacionadas às questões de saúde, adoecimento e cuidado, como, por exemplo, o racismo estrutural e as questões de gênero (Barreira, 2022). O MCCP não é uma ferramenta que se dá sozinha. O processo de comunicação ganha corpo com a troca entre as pessoas. Nesse sentido, cada profissional de saúde carrega consigo uma bagagem singular, fruto de suas vivências e

construções sociais. Essa maleta de vida acaba por permear o processo de comunicação, tornando algumas questões mais destacadas e outras menos evidenciadas, o que pode mudar o curso do cuidado (Barreira, 2022). Somado a isso, como identificar essas profundidades e elencar o que é importante em cada situação, considerando que, a partir da apreensão profissional resultante das entrevistas, um dos maiores entraves que permeiam as experiências das(os) trabalhadoras(es) é o tempo limitado pelas facetas de intensificação do trabalho?

Resgatando, assim, mais informações sobre o diário de campo, é preciso achar brechas nas trilhas do cuidado diante dos desafios apresentados, especialmente para as mulheres em situação de violências por parceria íntima. Como a estrutura social penetra nossos corpos? A compreensão do sentido social do sofrimento é importante para a reflexão profissional quanto ao posicionamento de sua prática de cuidado, perante si mesma(o), perante a população e ao serviço de saúde. Será que a prática do cuidado está a serviço do combate às iniquidades, com vistas à avanços sociais, afetivos e mais justos? Ou acaba por contribuir para a manutenção das estruturas coloniais e suas formas de reprodução? Com vistas ao enfrentamento das estruturas que tombam corpos negros e oprimem mulheres, talvez o caminho para subverter a lógica do sistema na prática do cuidado sejam as brechas. Brechas na organização do trabalho gerencial para elencar as atribuições burocráticas e prioridades do cuidado. Brechas nos pequenos detalhes de um encontro em saúde, brechas em atividades grupais com mulheres, brechas que investigam, apoiam e estimulam a autonomia. Brechas que anseiam liberdade para as mulheres e para as(os) profissionais de saúde.

#### **5.2.4 As emoções de profissionais no cuidado às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo**

O trabalho de cuidar do outro e a relação a se estabelecer entre quem cuida e quem é cuidado perpassa por múltiplos marcadores socialmente construídos como o de raça, gênero, idade e classe social e envolve diferentes dimensões. Levando em conta os pressupostos da longitudinalidade, a partir do encontro inicial, nasce a interação entre os seres, que pode desenvolver-se em uma história relacional com envolvimento e interações futuras, moldando, assim, as experiências tanto de quem cuida como de quem é cuidado (Soares, 2012). Nesse contexto, corroborando às discussões, Soares (2012) aponta que a precarização do trabalho pode limitar o estabelecimento de relações provindas do encontro do cuidado em saúde.

O cuidado, por sua vez, é permeado por dimensões, por vezes mais facilmente percebidas, por envolver fatores mais palpáveis e concretos, como o aspecto físico e cognitivo

do cuidar, ou seja, o gasto de energia e o conhecimento que o trabalho exige para ser executado. Mas também, o trabalho de cuidar é complexo e abarca aspectos mais subjetivos, como a dimensão relacional e emocional (Soares, 2012).

A perspectiva relacional diz respeito às qualificações sociais necessárias muitas vezes para preservar a escuta e a comunicação, como paciência, certa diplomacia, tolerância, sensatez e habilidade para lidar com situações inusitadas ou desconfortáveis. Essas qualificações quando implicadas no cuidado, normalmente, são pouco reconhecidas, mas sua ausência é logo notada e pode acarretar desafios para o processo relacional (Soares, 2012).

A dimensão emocional, por sua vez, envolve complexidades e conta com atravessamentos que permeiam o trabalho do cuidar, visto a orquestra que precisa ser conduzida pelas(os) trabalhadoras(es), de modo a coordenar as próprias emoções e as de outrem (Monteiro et al., 2016). Cruvinel e Grosseman (2023), em seus estudos, por exemplo, evidenciaram que pessoas frequentadoras assíduas do sistema de saúde e, dentre outros fatores, mulheres e questões relacionadas às iniquidades de raça e gênero foram elencados, na percepção de profissionais e acadêmicos de medicina, como pacientes “difíceis” pela possibilidade de emergir sentimentos de ansiedade, fadiga e sentimentos como raiva e tristeza. Como causas motivadoras para essa percepção foram mencionadas a sensação de ineficiência e impotência diante do atravessamento das estruturas sócias nas demandas em saúde e o tempo limitado da consulta, sendo este último um fator em comum com a percepção profissional citada neste trabalho (Carde, 2019).

Assim, dialogando com a perspectiva da violência contra mulheres por parceiro íntimo e sua relação com o trabalho emocional, os discursos que emergiram das entrevistas quanto às emoções que permeiam o cuidado, somados às contribuições do diário de campo, deixaram evidente o sofrimento e o impacto existentes, sendo principalmente citados sentimentos de tristeza, indignação e raiva. Porém, mesmo diante da complexidade da questão e das emoções geradas, as(os) profissionais demonstraram envolvimento e comprometimento na tentativa de ofertar o cuidado integrador e apoio necessários.

*“É bem chocante, mas eu tento ... incorporar o papel de profissional de saúde, entender que a minha ira, a minha raiva, a minha tristeza enquanto mulher não pode interferir ali naquele momento que ela precisa, né? Mas é bem difícil, confesso que já chorei algumas vezes...”* (Jasmin)

*“Não é fácil, enquanto profissional a gente tem que passar aquela segurança... eu disse: “a gente está aqui, eu vou te ajudar no que você precisar”, mas quando a paciente vai embora é aquilo, a gente sofre...”* (Tulipa)

A violência por parceria íntima contra mulheres é um tema sensível do cuidado em saúde, com o potencial de transbordar emoções e pode servir como gatilho de algum sofrimento vivido, carecendo de um tempo para assimilação dos sentimentos, alívio de tensões e autoproteção. Diante disso, faz-se importante que profissionais tenham consciência dos atravessamentos e impactos da violência sobre si (Brasil, 2002).

Nesse sentido, considerando o cenário laboral, é importante citar que as reações emocionais não estão isentas dos atravessamentos dos marcadores sociais, o que leva a uma hierarquização das emoções. Andrade et al. (2021), em seus estudos, evidenciaram as dificuldades relativas às condições e violências no trabalho, ao nível estrutural e interpessoal. Dessa maneira, as mulheres trabalhadoras são mais vulneráveis às violências por parte de quem recebe o cuidado (Soares, 2012). Além disso,

Uma trabalhadora negra, por exemplo, deve frequentemente enfrentar proposições ou gestos discriminatórios que a obrigam a realizar um trabalho emocional que a uma trabalhadora branca não são necessários. Desse modo, as trabalhadoras negras realizam uma carga suplementar de trabalho emocional. (Soares, 2012, p. 52).

Porém, na caminhada das emoções que perpassam o cuidar, o afeto também ganhou destaque nas narrativas profissionais. Segundo Safatle (2016), sociedades são, em seu nível mais fundamental, circuitos de afetos, ou seja, através das afecções entre pessoas, a adesão social é favorecida. Nesse contexto, em seus estudos, Soares (2012) reforça que o amor e o envolvimento foram vistos como positivos e essenciais para quem cuida e para quem recebe cuidados.

Mesmo quando o trabalho de cuidar é feito no âmbito de uma organização, mediante um pagamento, o amor e o envolvimento, mesmo não fazendo parte do trabalho prescrito, estão presentes no trabalho real, escapando, de certa maneira, à mercantilização. (Soares, 2012, p 55)

Cabe reforçar que as percepções do trabalho emocional também são influenciadas pela experiência do trabalho na prática e pelo tempo de trabalho no local (Lupton, 1996), o que pode ser mais desgastante em unidades com alta rotatividade profissional. Lupton (1996) revela ainda que o encontro em saúde amplia suas dimensões para o estabelecimento de uma relação quando a confiança é estabelecida. Até esse estágio, o trabalho emocional para a manutenção da comunicação é mais intenso, porém após o fortalecimento do vínculo, as coordenações de emoções da relação tendem a ser mais leves (Lupton, 1996).

Dessa forma, considerando que o afeto é um dispositivo relacional (Safatle, 2016), cabe destacar um trecho específico das entrevistas, que contou com o transbordar de lágrimas de

resistência e resiliência da profissional em sua experiência de cuidado com uma mulher que estava em situação de violências por parceira íntima.

*“Acabam nos fragilizando, né? E te deixa no misto de emoção, de fragilidade, mas eu preciso ficar forte, ela só tem a mim para contar nesse momento, preciso estar aqui e muito fortalecida, né? E colocá-la também como potência... Então talvez a gente é um pontinho pequenininho pra essas intervenções, mas a gente pode se tornar muito grande porque a gente potencializa elas, né?” (Rosa)*

A emoção do momento foi permeada pela lembrança do acompanhamento em saúde de uma mulher em situação de violência por seu parceiro íntimo, cujo desfecho permitiu que ela enxergasse outras perspectivas após articulações intersetoriais feitas pela equipe, visando a garantia de direitos. Segundo relato profissional, agora, essa mulher atua apoiando outras mulheres em situação de violências. O alarme disparou... Uma brecha foi encontrada nas trilhas do cuidado!

Sendo assim, o cuidado implicado de forma afetuosa e articulada promoveu apoio, proporcionou o fortalecimento de vínculo, estimulou a autonomia e extrapolou os níveis individuais, gerando expansão de possibilidades e movimentando outras mulheres. Isso não quer dizer que seja um processo fácil e suficiente, visto os desafios impostos na rotina de trabalho atual e a continuidade da manutenção das estruturas perversas que moldam a sociedade, mas sim, que o enfrentamento às iniquidades em saúde, principalmente com as mulheres em situação de violências por parceria íntima, pode ter um aliado importante pautado no percurso do cuidado permeado por afecções e vinculado a um corpo político (Safatle, 2016).

## 6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

As rosas da resistência nascem do asfalto. A gente recebe rosas, mas vamos estar com o punho cerrado falando do nosso lugar de existência contra os mandos e desmandos que afetam nossas vidas (Franco, 2018).

O fenômeno da violência contra mulheres representa um grave problema social e de saúde pública, impactando a vida feminina por todo o mundo. Nesse sentido, é preciso refletir sobre a complexidade que envolve a experiência de ser mulher, cuja determinação é fruto de fatores sociais e históricos (Bairros, 2020), que são moldados pela articulação dimensional entre o patriarcado, colonialidade, racismo e capitalismo (Lucena, 2020). Rita Segato (2021) reforça que a opressão contra mulheres se potencializa à medida que ocorre a expansão da modernidade e do mercado.

Nesse contexto, com vistas ao enfrentamento da questão, em uma perspectiva emancipatória, é preciso considerar a profundidade do cenário de desigualdade social, reforçada pelo sistema do capital. Além disso, deve-se atentar para as influências dos marcadores sociais, como raça, gênero, sexualidade, território, condição econômica, capacidades físicas, dentre outros, e como a opressão dos direitos femininos se particulariza neste contexto, atravessando principalmente as mulheres negras periféricas (Akotirene, 2019; Willadino, 2022).

Dante do exposto, sabe-se que a APS representa um cenário estratégico para o cuidado das mulheres que enfrentam situações de violência por parceria íntima (Esperandio, 2019). Porém, com a instalação da pandemia da covid-19, houve a necessidade de reorganizar os sistemas de saúde, visto o impacto causado pela circulação do vírus no cotidiano do mundo (Medina et al., 2020), repercutindo com a intensificação das desigualdades e com o aumento dos índices de violências contra mulheres (Vieira; Garcia; Maciel, 2020).

Dessa maneira, resgatando a questão investigativa inicial que motivou o caminhar da pesquisa, esse trabalho se propôs a analisar, a partir das experiências das(os) profissionais da APS do Rio de Janeiro, como se deu o cuidado às mulheres em situação de violências por parceiros íntimos no contexto da pandemia da covid-19. Pode-se concluir, através da análise das falas que emergiram das entrevistas, que, em tempos gerais, as mulheres negras foram relacionadas como um perfil comum de atendimento, associado aos fatores como baixa escolaridade e dependência tanto financeira, como emocional. Porém, no contexto pandêmico, foi notado um impacto importante no número de atendimentos, sendo estes considerados raros. Os efeitos também atingiram os processos de identificação, acompanhamento e vigilância dos casos, visto que os sistemas de saúde estavam concentrados em ações para enfrentamento do

coronavírus. Ademais, para além de explorar as facetas do capitalismo e seus desdobramentos nas demandas e nos sistemas gerenciais de saúde, foram avaliadas dificuldades e desafios impostos na vivência da rotina de trabalho na APS, com possíveis repercussões na qualidade de escuta das mulheres e na integralidade do cuidado, com destaque para o tempo restrito em virtude da alta pressão assistencial e das múltiplas atribuições implicadas à responsabilidade profissional, segundo percepção das(os) participantes da pesquisa.

Cabe destacar que o percurso nas trilhas do cuidado não está isento de desafios e pode ser árduo. Porém, a atenção à saúde enquanto prática social e implicada pelo afeto, pode representar uma brecha nesse itinerário e servir como fio condutor para a oferta de uma assistência mais robusta. As brechas dos encontros favorecem potencialidades no cuidado, de modo também a movimentar outras mulheres, visto perspectiva de fortalecimento da construção de vínculos e promoção do estímulo à autonomia feminina, o que pode fissurar a malha estrutural que oprime corpos femininos (Silva; Costa, 2023; Camilo De Oliveira; De Castro e Silva, 2023).

Nesse sentido, com vistas à prática de saúde integral às mulheres, é preciso ampliar a compreensão quanto às imbricações dos marcadores sociais, bem como às hierarquias raciais, sexuais e de gênero, fruto das perversas interações estruturais. Estes agem na totalidade da existência das pessoas e do sistema mundo, posicionando as mulheres em situação de vulnerabilidade e expondo-as ao risco de serem acometidas por violências (Willadino, 2022).

Assim, diante da magnitude da luta pelo enfrentamento à violência contra mulheres por parceria íntima, o presente trabalho espera contribuir para fomentar as reflexões sobre a temática e os seus desdobramentos no âmbito da saúde. Dessa maneira, faz-se necessário, tanto no cenário assistencial, como no gerencial, o comprometimento de profissionais e gestores para a manutenção do planejamento de ações que direcionem para a prática de um cuidado político, social e racialmente implicado na APS. É importante que a manutenção da confecção de conteúdos, protocolos, treinamentos, oficinas, materiais de reunião ou orientações quanto ao processo de trabalho direcionadoras à equipe, à unidade e/ou à rede seja racializada e que atente para a luta pelo direito das mulheres.

Investir em propostas de educação continuada sobre a violência contra as mulheres para além dos protocolos clínicos, mas também com a sugestão de literaturas que percorram a temática do patriarcado, racismo, capitalismo e colonialidade, pode contribuir para ampliar as perspectivas do cuidado em saúde. Além disso, é essencial a revisão das políticas que guiam as ações na Atenção Primária, com olhar atento para o quantitativo de pessoas e profissionais estimados por equipe, estratificação populacional considerando os determinantes sociais e seus

impactos nas condições de saúde, para que, assim, sejam vislumbradas alternativas para uma prática de trabalho mais equilibrada, sustentável e integral para as(os) profissionais, para a população e para rede.

Importante ressaltar que o assunto não se esgota e continua se deslocando no tempo, uma vez que fenômeno da violência contra as mulheres ainda assombra de forma assustadora o cotidiano feminino. Faz-se mais que necessária a continuidade de estudos, de debates e da criação de cada vez mais oportunidades para a sensibilização sobre a temática, com intuito de avançar no caminho para uma APS mais equânime e para uma sociedade mais consciente e justa, especialmente as mulheres negras. Uma sociedade que não conhece seu passado, não associa as consequências implicadas no seu presente e não é capaz de se mobilizar, vislumbrando transformações para o seu futuro.

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, D.F.; GOMES, V.L.O.; FONSECA, A.D.; GOMES, G.C. Violência contra a mulher por parceiro íntimo: (IN)visibilidade do problema. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1): 121-7.

AFONSO, T.; SILVA, S.S.C.; PONTES, F.A.R.; KOLLER, SH. O uso do diário de campo na inserção ecológica em uma família de uma comunidade ribeirinha amazônica. **Psicologia & Sociedade**, 27 (01). Jan-Apr, 2015.

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Editora Pólen, 2019.

ALMEIDA DA SILVA ROCHA, P.; MARABOTTI COSTA LEITE, F.; FERREIRA DE ALMEIDA BARBOSA, B. L.; DE CÁSSIA DUARTE LIMA, R. Programa Nacional de Melhoria da Qualidade e do Acesso da Atenção Básica: avaliando o processo de trabalho das equipes do Espírito Santo. **APS em Revista**, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 141–151, 2019. DOI: 10.14295/aps.v1i2.33. Disponível em: <https://www.apsemrevista.org/aps/article/view/33> Acesso em: 27 out. 2023.

ALMEIDA, D.N.; PERLIN, G.D.B.; VOGEL, L.H.; WATANABE, A.N. Lei fácil violência contra a mulher. 1. ed. Brasília: **Edições câmara**, 2020. E-book.

ALONSO, M.D.C.F.; SÁNCHEZ, L.S. Guía clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género. **Junta de Castilla y León**, 2017.

AQUINO, A.C.L. Da geografia feminista à mulher periférica na atualidade. **Revista Espirales**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 6–16, 2021. Disponível em: <https://revistas.unila.edu.br/espirales/article/view/2676>. Acesso em: 16 out. 2023.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comun Saúde Educ**. 2005 Fev;9(16):39-52.

ANDERSON, M.I.P.; ROMERO, X.A.; ARIAS-CASTILLO, L.; MORENO, C.B.; SINISTERRA, J.S.G.; MARTÍN, T.M.; SEGURA, M.C.; JURE, H.; HÜLSE, S.F.; DE OLIVEIRA, D.O.P.S. Medicina de Família e Comunidade, Atenção Primária e Violência: Formação e ação em Iberoamerica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 9–28, 2018. DOI: 10.5712/rbmfc13(1)1850. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1850>. Acesso em: 27 out. 2023.

ANDRADE, C.B. et al. Heroínas e heróis da pandemia? Violências (in) visíveis no trabalho de profissionais de saúde na pandemia da covid-19. **International Journal on Working Conditions**, No.21, June 2021

ASSIS, D.N.C. **Interseccionalidades**. Salvador: UFBA, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências; Superintendência de Educação a Distância, 2019.

BAIRROS, L. Nossos feminismos revisitados. In: HOLLANDA, H.B. **Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020. p. 207-214

BANDEIRA, L.M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 449-469, ago. 2014. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922014000200008&lng=en&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000200008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 22 de out. 2023.

BARBOSA, J.P.M. *et al.* Interseccionalidade e violência contra as mulheres em tempos de pandemia de covid-19: diálogos e possibilidades. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 30, 9 jun. 2021a. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sausoc/a/qKZv8sc885rpsqDhwV5YJpF/?lang=pt>. Acesso em: 25 jan. 2022.

BARBOSA, L.B.D.R. Impactos da pandemia do covid-19 na violência doméstica contra as mulheres in *Violência doméstica e direitos humanos das mulheres [livro eletrônico]* / org. Maynara Costa de Oliveira Silva, Laurinda Fernanda Saldanha Siqueira. -- 1. ed. -- São Luís, M: **Editora Expressão Feminista**, 2021b.

BARBOSA, M.S.; RIBEIRO, M.M.F. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. **Rev Med Minas Gerais** 2016; 26 (Supl 8): S216-S222

BARREIRA, G.P. Por um cuidado integral em saúde das mulheres negras: as narrativas das mulheres negras que o Método Clínico Centrado na Pessoa não (dá) conta. - 1. ed. – Curitiba: **Appris**, 2022.

BARROSO, H.; GAMA, M. A crise tem rosto de mulher: como as desigualdades de gênero particularizam os efeitos da pandemia do COVID-19 para as mulheres no Brasil. **Revista do CEAM**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 84–94, 2020. DOI: 10.5281/zenodo.3953300. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadoceam/article/view/31883>. Acesso em: 28 out. 2023.

BEZERRA Y.R.N., FEITOSA M.Z.S. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. **Ciênc. saúde colet.** 23 (3) Mar 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.00292016>. Acesso em 27 out 2023.

BRASIL. **Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D1973.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D1973.htm). Acesso em: 25 jan. 2022.

BRASIL. **Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do 8º do art. 226 da Constituição Federal. Diário Oficial da União, 08 de Agosto de 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm). Acesso em: 17 out. 2022.

BRASIL. **Lei no 13.104, de 9 de março de 2015**. 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm). Acesso em: 17 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília-DF, 2004.

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

BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.**

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>> Acesso em: 27 out 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 635.** Diário Oficial Da União. Publicado em: 22/05/2023. Edição: 96-B. Seção: 1 - Extra B. Página: 11. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>. Acesso em 28 out 2023.

BRASIL. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço.** Brasília, DF: Editora MS, 2002 (Cadernos de atenção básica, no. 8).

BRITO DOS SANTOS, A.K.; SANTOS, L.M.; DE CARVALHO, R.C. Violência por parceiros íntimos na gestação em um município baiano. **Revista de Enfermagem da UFJF**, [S. l.], v. 9, n. 1, 2023. DOI: 10.34019/2446-5739.2023.v9.38847. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/38847>. Acesso em: 9 out. 2023.

CAMILO DE OLIVEIRA, C.; DE CASTRO E SILVA, C. R. Estado, direito, capitalismo e saúde: revisão de escopo sobre cuidado em vulnerabilidade social durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. JMPHC | **Journal of Management & Primary Health Care** | ISSN 2179-6750, [S. l.], v. 15, n. spec, p. e020, 2023. DOI: 10.14295/jmphc.v15.1372. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1372>. Acesso em: 30 out. 2023.

CAÑAS, A. **Respeita.** Álbum: Mulheres no Poder, 2008.

CARDE, E. When social inequalities produce "difficult patients": a qualitative exploration of physicians' views. **SAGE Open** 2019.

CARNEIRO, J.B.; et al. Condições que interferem no cuidado às mulheres em situação de violência conjugal. **Esc. Anna. Nery** 25 (5). 2021

CARNEIRO, S. **Mulheres em movimento. Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 49, p.117-133, dez. 2003. Quadrimestral. UNIFESP. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext). Acesso em: 07 out. 2023.

CHAGAS, L.F. O ciclo da violência - Psicanálise, Repetição e Políticas Públicas. Belo Horizonte: **Editora Dialética**, 2020.

CIRINO, F.M.S.B.; ARAGÃO, J.B., MEYER, G., CAMPOS, D.S. GRYSCHKEK, A.L.F.P.L., NICHATA, L.Y.I. Desafios Da Atenção Primária No Contexto Da Covid-19: A Experiência De Diadema, SP. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2021.

COELHO, E.A.C. *et al.* Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 13, p. 154–160, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ean/a/wBdMvhhJTLJnr7cC8S64NXx/?lang=pt>. Acesso em: 24 jan. 2022.

COELHO, E.B.S; SILVA, A.C.L.G; LINDNER, S.R. Violência por parceiro íntimo: definições e tipologias. **Violência Saúde** — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, 2018.

COLLINS, P.H. Pensamento Feminista Negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento. Tradução Jamille Pinheiro Dias. 1ª edição. São Paulo: **Boitempo Editorial**, 2019.

COLLINS, P.H.; SILVA, K.A.; GOMES, M.C.A. Interseccionalidade, Opressão Epistêmica e Resistência: uma entrevista com Patrícia Hill Collins. **Trabalhos em Linguística Aplicada**, Campinas, SP, v. 60, n. 1, p. 328–337, 2021. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/tla/article/view/8661895>. Acesso em: 7 out. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html). Acesso em 01 dez. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Brasília, 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em 05 mar. 2023.

CONTANDRIOPOULOS, A.P., CHAMPAGNE, F., POTVIN, L., DENIS, J.L., BOYLE, P. **Saber preparar uma pesquisa, definição, estrutura, financiamento**. São Paulo - Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, 1994.

CORREIA, D.M. Violência contra a mulher como sintoma da psicopatologia social do machismo. **Caderno da Escola Superior de Gestão Pública, Política, Jurídica e Segurança**. Curitiba, v. 6, n. 1, jan/jun. 2023.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**. Ano 10 vol. 1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>. Acesso em: 07 out. 2023.

CRUVINEL, P.V.Q.; GROSSEMAN, S. Afinal, quem é “difícil”? Revisão integrativa sobre pacientes, médicos e relações difíceis. **Ciênc. saúde coletiva** 28 (06). Jun 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.16812022>. Acesso em 27 out 2023

CUNHA, B.M. Violência contra a mulher, direito e patriarcado: perspectivas de combate à violência de gênero. **XVI Jornada de Iniciação Científica de Direito da UFPR**. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

CUNHA, E.M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1.029-1.042, 2011

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1163-1178, 2006.

DE BIASE, L. A condição feminina na agricultura e a viabilidade da agroecologia. **Agrária**, São Paulo, n° 7, pp. 4-36, 2007.

DE SOUSA, J.B.A.; BRANDÃO, M. de J.M.; CARDOSO, A.L.B.; ARCHER, A.R.R.; BELFORT, I.K.P. Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: Desafio na segurança do paciente / Effective communication as a quality tool: A challenge in patient safety. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 3, n. 3, p. 6467–6479, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/11713>. Acesso em: 27 out. 2023.

DIAS, V.P; SILVEIRA, D.T; WITT, R.R. Educação Em Saúde: O Trabalho De Grupos Em Atenção Primária. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009

DICIONÁRIO DE FAVELAS MARIELLE FRANCO. **Dicionário de Favelas, 2023**. Disponível em: [https://wikifavelas.com.br/index.php/Rio\\_das\\_Pedras](https://wikifavelas.com.br/index.php/Rio_das_Pedras). Acesso em: 01 de out. de 2023.

DUNCAN, B.B. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ESPERANDIO, E.G. **Violência íntima: experiência de mulheres na atenção primária à saúde no Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Saúde da Família. 2019.

FANON, F. **Os condenados da terra**. Juiz de Fora: Editora da UFJF, 2010.

FAUSTINO, D.; GONÇALVES, R. A nova pandemia e as velhas relações coloniais, patriarcais e racistas do capitalismo brasileiro. **Lutas Sociais**, São Paulo, vol.24 n.45, p.275-289, jul./dez. 2020

FBSP - FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: **Fórum Brasileiro de Segurança Pública**, 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em: 08 out. 2023.

FERNANDES, L.; ORTEGA, F. A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30(3), e300309, 2020.

FRANCISCO, EL HOMBRE. **Triste, louca ou má**. Soltasbruxa. São Paulo: Navegantes, 2016.

FRANCO, M. **Acervo O Globo**. 2018.

Disponível em: <https://acervo.oglobo.globo.com/incoming/as-rosas-da-resistencia-nascem-do-asfalto-gente-recebe-rosas-mas-vamos-estar-com-punho-cerrado-falando-do-nosso-lugar-de-existencia-contr-os-mandos-desmandos-que-afetam-nossas-vidas-22496318>. Acesso em 28 out 2023.

GIFFIN, K. Poverty, inequality, and equity in health: considerations based on a transversal gender perspective. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. S103–S112, 2002.

GIOVANELLA, L. (ED.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2a ed. **rev. e ampliada ed.** Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012.

GOMES, L.D. A origem do patriarcado: da veneração à opressão da mulher. **Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”. Brasília (DF, Brasil), 2019.

GOMES, R., 2015, p. 91. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S. (orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

GONZALEZ, L. **Por um Feminismo Afro-Latino-Americano: Ensaios, Intervenções e Diálogos**, Rio Janeiro: Zahar. 375 pp. 2020.

HASSE, M.; VIEIRA, E. M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 38, p. 482–493, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sdeb/a/zRfLJt87pk3TmjrcTDqNJvJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 jan. 2022.

HEISE L. **What works to prevent partner violence: an evidence overview**. London: Strive Research Consortium, 2011.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça. Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v. 26, n. 1. 2014.

HOOKS, bell. **Tudo sobre o amor: novas perspectivas**. São Paulo: Editora Elefante. 2021.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022: população e domicílios: primeiros resultados** / IBGE, Coordenação Técnica do Censo Demográfico. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Primeiro Trimestre de 2023**, maio/2023. Disponível em: <https://econometrix.com.br/pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-primeiro-trimestre-de-2023-ibge-maio-2023/>. Acesso em 24 out 2023.

LAMOGLIA, C.V.A.; MINAYO, M.C.DE.S. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 595-604, abr. 2009.

KäFER M.; SCHEID, S.B. Importância da educação continuada para os agentes comunitários de saúde: relato de experiência. **Revista de Educação**. Vol. 2 nº 3 jan./jun. 2007 p. 261-265

LEITÃO, G. Reconhecendo a diversidade das favelas cariocas. In: SOUZA E SILVA, J.; BARBOSA, J. L. **O que é favela, afinal?** Rio de Janeiro: Observatório de Favelas do Rio de Janeiro, 2009.

LEITE, A. C.; FONTANELLA, B. J. B. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: Predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 2059, 2019. DOI: 10.5712/rbmfc14(41)2059. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2059>. Acesso em: 25 out. 2023.

LIRA, K. F. S.; BARROS, A. M. Violência contra as mulheres e o patriarcado: um estudo sobre o sertão de Pernambuco. **Revista Ágora**, Vitória, n 22, 2015.

LORDE, A. **Irmã outsider**. Tradução: Stephanie Borges. 1. ed. Autêntica Editora: Belo Horizonte, 2019.

LOPES, N.D. A violência contra a mulher no capitalismo contemporâneo: opressão, exploração e manutenção do sistema. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress** (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017

LUCENA, K.D.T. de *et al.* Análise do ciclo da violência doméstica contra a mulher. **Journal of Human Growth and Development**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 139–146, 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S010412822016000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010412822016000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 24 jan. 2022.

LUCENA, M.B.N. **Morte violenta de mulheres no Brasil e novas vulnerabilidades: da violência do patriarcado privado à violência do patriarcado público**. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2020.

LUGONES, M. **Heterosexualism and the Colonial/Modern Gender System**. *Hypatia*, 22(1):186–209, 2007.

LUGONES, M. **Rumo a um feminismo descolonial**. *Estudos Feministas*. Florianópolis, 2014.

LUGONES, M. **Subjetividad esclava, colonialidad de género, marginalidad y opresiones múltiples**. *Pensando los feminismos en Bolivia: Serie Foros 2*. 1ª ed. La Paz, Conexión Fondo de Emancipación, 2012.

LUPTON, D. Your life in their hands: trust in the medical encounter. In: James, V.; Gabe, J. (Org.). **Health and the sociology of emotions**. Oxford: Blackwell, 1996. p. 157-172.

MADEIRA, Z.; GOMES, D.D.O. Persistentes desigualdades raciais e resistências negras no Brasil contemporâneo. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n.133, p.463-479, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/FmSRPNQZhrqz9mMVWTJnwqP/>. Acesso em: 27 out. 2023.

MARQUES, E.S. *et al.* A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 36, n. 4, p. e00074420, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020000400505&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000400505&tlng=pt). Acesso em: 25 jan. 2022.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004

MEDINA, M.G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cad. Saúde Pública** 2020; 36(8):e00149720

MENDES, E.V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.: il.

MENDONÇA, F.F; LIMA, L.D; PEREIRA, A.M.M; MARTINS, C.P. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate**. RIO DE JANEIRO, V. 47, N. 137, P. 13-30, Abr-Jun 2023

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Rio de Janeiro: HUCITEC; ABRASCO, 1992.

MINAYO, M.C.S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, p. S7–S18, 1994.

MINAYO, M.C.S. *et al.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. — Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MONTENEGRO, M.N.; SILVA, P.A.; SOUZA, J.A.; MEDEIROS, A.T.; MACHADO, L.S.; ALMEIDA, L.R.; Violência contra a mulher: avaliação do jogo “caixa de pandora” como ferramenta de aprendizagem. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2018 Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.54108>.

MONTEIRO, P.V. *et al.* Quando cuidar do corpo não é suficiente: a dimensão emocional do cuidado de enfermagem. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 20, e957, 2016. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-27622016000100602&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622016000100602&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 29 out 2023.

MONTEIRO, S. *Qual prevenção! Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MORAES, C.L. *et al.* Physical violence between intimate partners during pregnancy and postpartum: 68 a prediction model for use in primary health care facilities. **Paediatr Perinat Epidemiol**. 2011 Aug;25(5):478–86.

MORELLI, S.G.S.; SAPEDE, M.; SILVA, A.T.C. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. **Rev Bras Med Fam Comunidade** [Internet]. 31º de março de 2015.

Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/958>. Acesso em 18 outubro 2022.

NADAI, M.S. **Território de saúde e políticas públicas:** da reforma à reorganização da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde, 2020.

NOGUEIRA, T. S.; NASCIMENTO, K. F. Violência contra a mulher por parceiro íntimo: os aspectos psicológicos do ciclo de violência. **Revista Cathedral** (ISSN 1808 - 2289), v. 5, n.3, 2023.

ODORCIK, B. *et al.* Violência doméstica à mulher: percepção e abordagem profissional na atenção básica na pandemia de Covid-19. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 11, p. e74, 28 out. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/65865>. Acesso em: 25 jan. 2022.

OLIVEIRA, A.J.N.S. **Justiça restaurativa aplicada aos casos de violência doméstica e intrafamiliar contra a mulher:** desafios e possibilidades. Biblioteca Teixeira de Freitas. Faculdade de Direito. Universidade Federal da Bahia. 2022.

OLIVEIRA, C.L.; RODRIGUES, E.A.S.; SOUZA, G.A.; SILVA, J.S.; DIAS, J.A.S.; GONCALVES, L.; KIND, L. Uma experiência de empoderamento de mulheres na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 21, p. 283–287, 2012. DOI: 10.5712/rbmfc6(21)325. Disponível em: <https://rbmf.org.br/rbmfc/article/view/325>. Acesso em: 24 jan. 2022.

OLIVEIRA, E. et al. **Dossiê Mulher 2022** [livro eletrônico] - 17. ed. Rio de Janeiro, RJ: Instituto de Segurança Pública, 2022.

OLIVEIRA, E. et al. **Dossiê Mulher 2023** [livro eletrônico] - 18. ed. Rio de Janeiro, RJ: Instituto de Segurança Pública, 2023.

ONU MULHERES. **Diretrizes para atendimento em casos de violência de gênero contra meninas e mulheres em tempos da pandemia da COVID-19.** Brasília, Julho 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS** - Contribuições para o debate. Brasília, DF: OPAS, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A New Agenda for Mental Health in the Americas:** Report of the Pan American Health Organization High-Level Commission on Mental Health and COVID-19. Washington, D.C., 2023a. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275127223>. Acesso em: 28 out. 2023

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. COVID-19 e a violência contra a mulher. **O que o setor/sistema de saúde pode fazer.** 26 de março de 2020. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52016/OPASBRACOV1920042\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52016/OPASBRACOV1920042_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em 27 out. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19.** 5 de maio de 2023b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>. Acesso em 27 out. 2023.

OYĚWÙMÍ, OYÈRÓNKÉ . **La invención de las mujeres.** Una perspectiva africana sobre los discursos occidentales del género. Bogotá: en la frontera, 2017.

PAULSON, J. L. Intimate Partner Violence and Perinatal Post-Traumatic Stress and Depression Symptoms: A Systematic Review of Findings in Longitudinal Studies. **Trauma, Violence, & Abuse**, 2020.

PEIXOTO, D.F. A espacialidade da violência contra a mulher: um estudo de caso na favela de Rio das Pedras (RJ). **Seminário Internacional Fazendo Gênero 11& 13thWomen's Worlds Congress (Anais Eletrônicos)**, Florianópolis, 2017.

PIAGGIO, A.M.R. Resiliencia. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 26, n. 80, p. 291-302, 2009. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84862009000200014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862009000200014&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 27 out. 2023.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R. et al., **Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação** - Rio de Janeiro: UERJ/IMS /CEPESC/ LAPPIS/ABRASCO, 2013. p 33-54

QUEIROZ D.M.; OLIVEIRA L.C.; ARAÚJO-FILHO P.A.; SILVA M.R.F. Challenges and potentials of the production of comprehensive care in Primary Health Care in Brazil. **Rev Bras Enferm.** 2021.

QUIJANO, A. **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais: perspectivas latino-americanas.** Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2005.

RAFAEL, R.M.R. *et al.* Perfil das violências por parceiro íntimo em Unidades de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 6, p. 1259-1267, dez. 2017.

REIGADA, C.L.L.; SMIDERLE, C.A.S.L. Atenção à saúde da mulher durante a pandemia COVID-19: orientações para o trabalho na APS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S. l.], v. 16, n. 43, p. 2535–2535, 5 abr. 2021. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2535>. Acesso em: 25 jan. 2022.

SAFATLE, V.P. **O circuito dos afetos: corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo.** Belo Horizonte: Autêntica. 2016.

SAFFIOTI, H.I.B. **Gênero, patriarcado, violência.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. (Coleção Brasil Urgente).

SANTOS, D. F. *et al.* Masculinidade em tempos de pandemia: onde o poder encolhe, a violência se instala. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 30, n. 3, p. e200535, 2021. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902021000300319&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902021000300319&tlng=pt). Acesso em: 25 jan. 2022.

SANTOS, S.M; OLIVEIRA, L. Igualdade nas relações de gênero na sociedade do capital: limites, contradições e avanços. **Revista Katalisys**, Florianópolis, 2010.

SARDINHA L.; MAHEU-GIROUX, M.; STÖCKL, H.; MEYER, S.R.; GARCÍA-MORENO, C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. **Lancet**. 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8885817/>. Acesso em: 25 out. 2023

SCHIMIDT, L.P. **A mulher na favela: necessidades de saúde, experiências de vida e a relação com os serviços de saúde das moradoras da Rocinha** / RJ. Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

SCHRAIBER, L.B.; BARROS, C.R.S.; CASTILHO, E.A. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2010 Jun;13(2):237–45.

SCHRAIBER, L.B; D´OLIVEIRA, A.F.P.L. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica. **Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde**. Departamento de Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina USP, São Paulo; 1 edição – 2002.

SCHRAIBER, L.B; D'OLIVEIRA A.F.PL; FRANÇA-JUNIOR, I; PINHO, A.A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública** vol.36 no.4 São Paulo Aug. 2002

SECRETARIA ESPECIAL DE POLITICAS E PROMOÇÃO DA MULHER (SPM-RIO). **Revista Mapa da Mulher Carioca 2022**. Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <http://mapa-da-mulher-carioca-pcrj.hub.arcgis.com/pages/o-mapa>. Acesso em 23 out 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2018-2021**. Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/1b8c0d48-1b2e-432b-825b-a934791bcf89>. Acesso em 23 jul 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE URBANISMO. Pouso. Rio das Pedras. **Diagnóstico Urbanístico e Ambiental**. Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro, p.60, 2013. Disponível em: [http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6165511/4162025/compur\\_rio\\_das\\_pedras\\_24\\_03\\_2014.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6165511/4162025/compur_rio_das_pedras_24_03_2014.pdf). Acesso em 23 jul 2023

SEGATO, R. **Crítica da colonialidade em oito ensaios e uma antropologia por demanda** / Rita Segato; tradução Danielli Jatobá, Danú Gontijo. - 1. ed. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2021.

SILVA, A.X.; COSTA, T.C.R. **Capitalismo, pandemia e saúde mental: um diálogo com Iain Ferguson**. Argumentum, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 31–39, 2023. DOI:

10.47456/argumentum.v15i3.42545. Disponível em:  
<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/42545>. Acesso em: 30 out. 2023.

SILVA, B.R.G. et al. Atenção primária à saúde na pandemia covid-19. **Rev Saude Publica**. 2022; 56:94. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004374>. Acesso em 27 out. 2023.

SILVA, E.B.; PADOIN, S.M.M.; VIANNA, L.A.C. Violence against women: the limits and potentialities of care practice. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 6, p. 608–613, dez. 2013.

SILVA, K.B.; BEZERRA, A.F.B; TANAKA, O.Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Espaço Aberto. Comunicação Saúde Educação. Interface**. Botucatu, 16 (40), Mar 2012

SILVA, M. F. **Racismo e saúde**: a prática de cuidado na Medicina de Família e Comunidade na Atenção Primária em Saúde do Município do Rio de Janeiro. 2021. 82 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.

SILVA, S.A. et al. Análise da violência doméstica na saúde das mulheres. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**. Vol 25. N2. São Paulo. 2015.

SILVA, Y.K.M. **Impactos da pandemia da covid-19 no mercado de trabalho brasileiro entre 2020 e 2021, desagregado por gênero**. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Ciências Econômicas) - Universidade Federal de Pernambuco, Caruaru, 2023.

SIMÕES, M; ALVES, S. **A agressão física nunca é o primeiro sinal no ciclo da violência doméstica**. ND+ – Portal de Notícias, 2018. Disponível em:  
<https://ndmais.com.br/noticias/depoimento-de-uma-sobrevivente-entenda-o-ciclo-da-violencia-domestica/>. Acesso em: 22 de out. 2023.

SOARES, A. p. 44-59. As emoções do care. In: **Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care**. - São Paulo: Atlas, 2012.

SOARES, A.C.F.O. A aplicação das práticas restaurativas em causas envolvendo violência doméstica contra a mulher como maneira de melhor garantir a sua dignidade e retomar o senso de coletividade. **Revista de Vitimologia e Justiça Restaurativa**, Ano I, Vol. II, jul. 2023.

SOARES, E. **O que se cala**. Álbum: Deus é Mulher. Rio de Janeiro. Deckdisc/Polysom. 2018

SOARES, J.S.F; LOPES, M.J.M. Experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor saúde e na rede intersetorial. **Interface** 22 (66). Jul-Sept. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0835>. Acesso: 27 out 2023

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, maio 2016. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1327.pdf>. Acesso em: 26 out. 2023.

SOUSA, N.S. **Tornar-se negro e as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983. (Coleção Tendências).

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TERREZO, L.C.M. **Dimensões da governança clínica na atenção primária à saúde: as contribuições do médico responsável técnico no município do Rio de Janeiro**. Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

TINOCO N. S. *et al.* Vulnerabilidade e as violências mais comuns enfrentadas pelas mulheres brasileiras. **Revista Eletrônica Acervo Saúde (REAS)**. Vol.13(3). 2021

TORRES, N.M. **Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto**. 127-167, 2007.

UNDP (United Nations Development Programme). **Gender Social Norms Index 2023 (GSNI): Breaking down gender biases: Shifting social norms towards gender equality**. New York. 2023.

VEIGA, A.M. Uma virada epistêmica feminista (negra): conceitos e debates. **Tempo e Argumento**, Florianópolis, v. 12, n. 29, e0101, jan./abr. 2020

VELOSO, C. **Podres Poderes**. Velô. Polygram do Brail Ltda, 1984

VIEIRA, P. R.; GARCIA, L. P.; MACIEL, E. L. N. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 23, 22 abr. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbepid/a/tqcyvQhqQyjtQM3hXRywsTn/?lang=pt>. Acesso em: 25 jan. 2022.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da violência, 2012** Atualização: homicídios em mulheres no Brasil. FLACSO – Brasil, 2012.

WILLADINO, R., *et al.* Violência contra mulheres e letalidade feminina no Rio de Janeiro [recurso eletrônico] – Rio de Janeiro: **Observatório de Favelas**, 2022. Disponível em: [https://assets-dossies-ipg-v2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2022/08/Pesquisa\\_ViolenciaContraMulheres.pdf](https://assets-dossies-ipg-v2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2022/08/Pesquisa_ViolenciaContraMulheres.pdf). Acesso em 25 out. 2023.

## **APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA**

- Idade
- Identificação com relação à cor de pele e o gênero
- Local de nascimento
- Categoria profissional
- Formação profissional (graduação, pós-graduação)
- Tempo de trabalho na área de saúde
- Tempo de trabalho na atual unidade de saúde

### **Percepções sobre as violências**

- No seu cotidiano de trabalho, você costuma atender mulheres em situações de violências?
- E em situação de violência por parceiro íntimo?
- Na sua percepção dos atendimentos, quem são as mulheres atendidas por você? (Cor de pele, grau de escolaridade, classe social)
- Na sua percepção quais os motivos que levam as mulheres a sofrerem esse tipo de violência?
- Na sua percepção, quais as dificuldades que elas encontram para lidar com esse tipo de violência?

### **Experiências sobre o cuidado em saúde diante das mulheres em situações de violências**

- O que você costuma fazer diante desses casos? (Como são identificados os casos? A unidade encaminha? Para onde? Encaminha para outros profissionais? Há notificação da violência? Aciona a rede de proteção? Como e se são pactuados a vigilância dos casos? Aciona outros serviços intrasetoriais (IML, delegacias, casa de abrigos, e outros))
- O que a unidade e a equipe costumam fazer diante desses casos? (Discussão dos casos nas reuniões de equipe, linha de cuidado, produção de dados sobre os casos, há algum trabalho/atividade/ação com os agressores)

- Durante o período pandêmico, qual sua percepção sobre a frequência de casos?
- Você percebeu mudanças na prática do cuidado dessas mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo, em virtude da pandemia?
- Quais foram as estratégias que você e a equipe de saúde utilizaram para lidar com esses casos no contexto pandêmico?
- Quais os desafios que você e a equipe de saúde encontraram no cuidado às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo no contexto pandêmico? Como lidaram com isso?
- Quais são os avanços que você considera importante para o cuidado às mulheres em situação de violência por parceiros íntimos?
- Na sua opinião, qual o papel da equipe multiprofissional da APS no cuidado das mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo? (promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência)
- Do ponto de vista emocional, como você se sentiu/sente quando cuida de mulheres em situação de violência por parceiro íntimo? O que você faz para lidar com isso?
- Você gostaria de falar alguma coisa que eu não tenha perguntado?

## **APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezada(o) participante,

Você está sendo convidada(o) a participar da pesquisa “Brechas nas trilhas do cuidado: Experiências de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o cuidado de mulheres em situação de violência por parceiros íntimos na pandemia da covid-19.”, realizada por mim, Amanda Almeida Barbosa, estudante do curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com ênfase na Estratégia Saúde da Família – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sob a orientação da Profa. Dra. Cristiane Batista Andrade, pesquisadora e professora da ENSP/FIOCRUZ.

Caso haja dúvidas em relação ao exposto neste Termo de Consentimento ou sobre o teor deste estudo, a pesquisadora responsável se compromete em elucidá-las.

O objetivo central do estudo é analisar as experiências de profissionais de saúde da atenção primária a saúde (APS), do município do Rio de Janeiro, que realizam o cuidado de mulheres em situação de violências por parceiros íntimos no contexto da pandemia da covid-19.

O convite a sua participação se deve por ser profissional da área de saúde que presta assistência direta ou indireta às mulheres em situação de violências. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista com a pesquisadora do projeto, que terá em média 60 minutos de duração. A pesquisadora responsável irá até você, em lugar, dia e horário previamente combinados, não havendo para você despesa de deslocamento.

A entrevista somente será gravada se houver a sua autorização. A gravação pode ser pausada ou interrompida a qualquer momento a seu pedido. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais e somente a pesquisadora e a orientadora terão acesso ao seu conteúdo integral.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar à pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado OU ao final da pesquisa, todo material será

mantido permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, sob a responsabilidade da pesquisadora e orientadora, para utilização em pesquisas futuras, sendo necessário, para isso, novo contato para que você forneça seu consentimento específico para a nova pesquisa que será submetida a avaliação do Comitê de Ética.

Como benefício indireto de sua participação, suas experiências poderão contribuir para melhor compreensão sobre o cuidado prestado na APS com mulheres em situação de violência em um contexto pandêmico, além de estimular a discussão sobre a temática e fomentar a reflexão sobre as estratégias para o enfrentamento das violências.

Considerando que toda pesquisa tem riscos potenciais, na presente pesquisa foram identificados risco de constrangimento, desconforto ou abalo emocional na abordagem a algum tema sobre o seu trabalho na área da saúde, especificamente no cuidado às mulheres em situação de violências por parceiros íntimos. Para minimizá-lo a entrevista será realizada pela mestranda que é médica e está habituada a lidar com temas sensíveis com a realização de entrevistas, e se compromete em acolher alguma demanda emocional que surgir no encontro, mediando o encaminhamento para atendimento em saúde, caso seja necessário. A pesquisadora se compromete a respeitar a decisão de interromper, remarcar ou, até mesmo, desistir de participar. Você poderá se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não lhe trará qualquer prejuízo pessoal, profissional ou institucional. Estaremos munidas de uma lista de locais para atendimento em medicina e psicologia, caso seja comunicado desejo de ser encaminhado a algum tipo de atendimento em função de algum constrangimento e/ou problema emocional advindo da entrevista.

Há risco de identificação indireta no que tange as entrevistas devido ao número reduzido de participantes, no entanto além de não ser utilizada identificação direta com nome (serão utilizados códigos), não serão demonstrados dados relacionando as respostas à localização da unidade de saúde ao qual será o cenário do estudo. Sobre o risco da quebra de confidencialidade, a pesquisadora responsável e sua orientadora se comprometem com o dever do sigilo e confidencialidade, evitando que o mesmo ocorra, armazenando todo o material coletado em local seguro, com acesso apenas da pesquisadora envolvida e de sua orientadora, não utilizando os dados para nenhuma outra finalidade que não seja esta pesquisa, porém não é possível garantir em sua totalidade o anonimato, privacidade e sigilo. Os resultados serão apresentados de forma agregada, diminuindo o risco de identificação. Caso você venha a sofrer qualquer tipo

de dano resultante de sua participação na pesquisa, terá direito à assistência e a buscar indenização por meio das vias judiciais e/ou extrajudiciais.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em instituições de saúde, em meios acadêmicos, científicos e outros que possam contribuir para a qualificação da gestão no SUS, bem como podem ser enviados a todos os participantes que assim desejarem. Para além disso, a pesquisadora responsável se compromete a apresentar o relatório final da pesquisa para os gestores e os participantes na unidade de saúde onde se desenvolveu o estudo, apresentando os resultados de forma agregada, sem identificação direta com nome dos participantes.

Este TCLE é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para a pesquisadora. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante e pela pesquisadora responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP ou Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ). O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Telefone do CEP/ENSP: (21) 2598-2863. E-Mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br). Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210. Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h”. Acesse <https://cep.enasp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> para maiores informações.

Telefone do CEP/SMSRJ: (21) 2215-1485. E-mail: [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br) ou [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br). Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Centro - RJ, CEP: 20031-040. Horário de atendimento ao público: De 09:00 às 16:00h, de segunda-feira à sexta-feira. Em dia de reunião não há atendimento ao público. Acesse <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa> para maiores informações.

Contato com a pesquisadora responsável e orientadora:

Amanda Almeida Barbosa, mestranda do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com ênfase na Estratégia Saúde da Família – ENSP/FIOCRUZ. Tel: (35) 984410374. E-mail: [amandaalmeidab3@gmail.com](mailto:amandaalmeidab3@gmail.com).

Cristiane Batista Andrade, pesquisadora do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES/ENSP/FIOCRUZ). Tel: (21) 38829151/9155/ 21 96865-9130.

E-mail: ou [cristiane.batista.andrade@gmail.com](mailto:cristiane.batista.andrade@gmail.com). Endereço: Avenida Brasil 4036 sl 700, CEP:21040-361, Manguinhos/Rio de Janeiro/RJ.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Nome e Assinatura da pesquisadora de campo)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “**Experiências de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a gestão do cuidado de mulheres em situação de violência por conviventes na pandemia da covid-19.**” e concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista

Não autorizo a gravação da entrevista

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e nome do participante da pesquisa)