

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM
DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO**

MIRIAN SILVA ADORNO

**ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE À
IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL
CONTRA MULHERES: UMA LEITURA DECOLONIAL**

**IRATI
2023**

MIRIAN SILVA ADORNO

ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE À IDENTIFICAÇÃO E
NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL CONTRA MULHERES: UMA
LEITURA DECOLONIAL

Texto apresentado à banca de Defesa de
Dissertação de Mestrado junto ao Programa de Pós-
Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento
Comunitário da Universidade Estadual do Centro-
Oeste

Área de concentração: Desenvolvimento
Comunitário

Linha de Pesquisa: Cultura, práticas sociais,
formação humana e desenvolvimento comunitário.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Kátia Alexandra dos Santos

Catálogo na Publicação
Rede de Bibliotecas da UNICENTRO

A241a Adorno, Mirian Silva
Atuação de profissionais de saúde frente à identificação e notificação de violência interpessoal contra mulheres: uma leitura decolonial / Mirian Silva Adorno. – – Irati, 2023.
xiii, 157 f. : il. ; 28 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual do Centro-Oeste, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, 2023.

Orientadora: Kátia Alexsandra dos Santos
Banca examinadora: Kátia Alexsandra dos Santos, Maria Lucia Raimondo, Daniele de Andrade Ferrazza

Bibliografia

1. Notificação de violência. 2. Profissionais de saúde. 3. Violência Contra as Mulheres. I. Título. II. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário.

| CDD 360



Universidade Estadual do Centro-Oeste

Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 3.444, de 8 de agosto de 1997

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

TERMO DE APROVAÇÃO

MIRIAN SILVA ADORNO

“ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE À IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL CONTRA MULHERES: UMA LEITURA DECOLONIAL”

Dissertação aprovada em 21 de dezembro de 2023, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra no Curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração em Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, pela seguinte banca examinadora:

Dr.^a Katia Aleksandra dos Santos
(UNICENTRO) Orientadora

Dr.^a Maria Lucia Raimondo
(UNICENTRO) Examinadora Interna

Dr.^a Daniele de Andrade Ferrazza
(UEM) Examinadora Externa

Irati, 21 de dezembro de 2023

Home Page: <http://www.unicentro.br>

Campus Santa Cruz: Rua Salvatore Renna – Padre Salvador, 875 – Cx. Postal 3010 – Fone: (42) 3621-1000 – FAX: (42) 3621-1090 – CEP 85.015-430 – GUARAPUAVA – PR

Campus CEDETEG: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 – Fone/FAX: (42) 3629-8100 – CEP 85.040-080 – GUARAPUAVA – PR

Campus de Irati: PR 153 – Km 07 – Riozinho – Cx. Postal, 21 – Fone: (42) 3421-3000 – FAX: (42) 3421-3067 – CEP 84.500-000 – IRATI – PR

AGRADECIMENTOS

Chegou o momento tão ansiado em que escrevo meus agradecimentos. É sinal de que estou a curtos passos de concluir esta etapa enriquecedora e transformadora da minha vida. Tenho me perguntado, nos últimos dias, se alguém passa imune a uma pesquisa. Digo, como manter a pesquisa dentro da caixinha da disciplina, acrescentar seus resultados aos bancos científicos, compartilhar com os pares e, na melhor das hipóteses, levar seus resultados para a sociedade, sem minimamente notar como esse trabalho incide em seu lugar de sujeito/a? E encher os pulmões de ar e falar “estou fazendo ciência”. Sim, tudo isso faz sentido na prática acadêmica. Pergunto dos atravessamentos, o que são feitos deles? De onde vêm as idealizações, aspirações? Para onde vão as frustrações, inconsistências, impasses... Para o consultório do analista? Ou são descarregadas em um xingamento no trânsito, convertidas em novos estudos, compartilhadas em um café no intervalo de um evento acadêmico? Enfim, não saberemos. Ou saberemos parte disso. Pelo paradigma dominante, sabemos muito menos sobre como o/a sujeito é afetado/a pelo processo do que sobre seus resultados interventivos.

Quero dizer que a ciência é feita por pessoas, situadas em um tempo-lugar. O presente trabalho tentou, creio que com êxito, apresentar o que foi proposto em um projeto de pesquisa, buscando promover insurgências, conforme escreve Suely Messeder ao tratar da pesquisa encarnada em seu texto. Para além da ciência, esta dissertação tem vida, sonhos, desejos, realizações, gratidão... E não quero passar esse momento sem registrar as contribuições que tive (e tenho) durante esse percurso profissional, pessoal e acadêmico.

Agradeço à minha família Adorno pela torcida constante.

Ao meu companheiro de vida, Danilo Sande, por todo suporte e presença.

À minha sobrinha Elisama Adorno pelos telefonemas, conversas aleatórias e trocas sobre vivências acadêmicas.

À toda Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres (SPPM) pela oportunidade de desempenhar um trabalho na área de atenção às mulheres, especialmente a equipe do Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM). Toda minha admiração por vocês, mulheres!

Ao Município de Guarapuava, em nome do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (DGTES), pelo suporte no início da pesquisa.

Aos/às trabalhadores e trabalhadoras da saúde, que contribuíram para este trabalho.

Às componentes das bancas de qualificação e defesa, e suas respectivas suplentes: Prof.^a Dr.^a Daniele Ferrazza, Prof.^a Dr.^a Maria Lucia Raimondo, Prof.^a Dr.^a Carolina Borges e Prof.^a Dr.^a Rosemeri Moreira.

À CAPES pelo fomento da bolsa de estudos no primeiro ano do mestrado.

Aos/às Docentes, membros do colegiado e secretaria do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário (PPGDC).

À Prof.^a Rosemeri Moreira pela contribuição através da sua Disciplina “Tópicos Especiais IV: Gênero, Corpo e Decoloniedades: debates teóricos e metodológicos”, ofertada pelo Departamento do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Estadual do Centro-Oeste (PPGH/UNICENTRO).

Aos/às colegas do PPGDC pelo compartilhamento de experiências nas aulas, trabalhos em grupo e pelas caronas para Irati.

Ao grupo de Estudos Decoloniais pelos momentos de aprendizado.

E, por fim, quero registrar meu enorme agradecimento à minha orientadora, a Prof.^a Dr.^a Kátia Alexsandra dos Santos, pelo acompanhamento nessa trajetória. Kátia, sua condução foi serena, humana e acolhedora. Agradeço por entender minhas limitações, acreditar em meu potencial e contribuir significativamente para minha formação!

RESUMO

A Violência Contra as Mulheres (VCM) é uma manifestação de poder e opressão que coloca o feminino e suas representações em lugar de inferioridade. Partimos de uma perspectiva decolonial, diante da constatação de que o colonialismo continua em vigor mesmo após o fim da colonização enquanto regime político de exploração de povos e territórios. O fenômeno da VCM exige ações conjuntas. Profissionais de saúde são propensos/as a identificarem a VCM em seus atendimentos e fazem parte da rede de cuidado às mulheres. A presente pesquisa foi realizada com 87 profissionais de saúde de um município do interior do Paraná e teve como objetivos: compreender como os/as profissionais identificam os casos de violência doméstica contra as mulheres em seus atendimentos, averiguar a prática da notificação de violência por parte do grupo investigado e contribuir com a formação das equipes. Depreendemos que os/as participantes compreendem conceitualmente a violência e suas manifestações, mas, na prática dos atendimentos, o fenômeno ganha traços de invisibilidade. A conduta da notificação é adotada parcialmente. Dentre os motivos da subnotificação, surgem o desconhecimento da sua existência e compulsoriedade, ausência de treinamento e formação, confusão conceitual entre notificação x comunicação externa. Foi constatado que persistem obstáculos à notificação, dificultando o atendimento integral. A rede se torna efetiva à medida em que os/as profissionais conhecem e acionam os dispositivos e estes, por sua vez, cumprem suas finalidades e atuam conjuntamente.

PALAVRAS-CHAVE: Notificação de violência. Profissionais de saúde. Violência Contra as Mulheres.

ABSTRACT

The Violence Against Women (VAW) constitutes a manifestation of power and oppression, relegating the feminine and its representations to a position of inferiority. We approach this issue from a decolonial perspective, recognizing that colonialism persists even after the end of colonial rule as a political regime for the exploitation of peoples and territories. The phenomenon of VAW necessitates collective actions. Healthcare professionals are predisposed to identify VAW in their patient interactions and form an integral part of the network of care for women. This research was conducted with 87 healthcare professionals in a municipality in the interior of Paraná, Brazil. The objectives were to understand how these professionals identify cases of domestic violence against women in their healthcare encounters, investigate the practice of reporting violence within the surveyed group, and contribute to the training of healthcare teams. We infer that the participants possessed a conceptual understanding of violence and its manifestations, but in the practical realm of healthcare delivery, the phenomenon often remains invisible. The practice of reporting is only partially adopted. Several reasons for underreporting emerged, including a lack of awareness regarding the existence and mandatory nature of reporting, inadequate training and education, and conceptual confusion between reporting and external communication. It was observed that obstacles to reporting persist, impeding comprehensive care delivery. The network of support and care becomes effective as healthcare professionals become acquainted with and activate the necessary mechanisms, which, in turn, fulfill their intended purposes and function collectively.

KEYWORDS: Violence reporting. Healthcare professionals. Violence Against Women.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 –	Operacionalização da matriz metodológica segundo Martins e Benzaquen (2017).....	33
Figura 2 –	Região de Saúde do Paraná.....	58
Figura 3 –	Composição da Rede de Enfrentamento à Violência de Guarapuava.....	59

GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Levantamento prévio do quantitativo de profissionais de saúde e distribuição por unidade.....	61
Gráfico 2 –	Quantidade de profissionais distribuída por unidades de saúde...	61
Gráfico 3 –	Participantes da pesquisa em distribuição proporcional.....	62
Gráfico 4 –	Profissionais alcançados/as pela pesquisa.....	63
Gráfico 5 –	Faixa etária dos/as participantes.....	64
Gráfico 6 –	Distribuição dos/as participantes por gênero.....	64
Gráfico 7 –	Distribuição por vínculo de trabalho.....	65

QUADROS

Quadro 1 –	Artigos selecionados para revisão bibliográfica.....	47
Quadro 2 –	Unidades de Saúde do Município de Guarapuava – PR.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Categorias analíticas.....	49
---------------------------------------	----

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Abordagem Mista
AMCESPAR	Associação dos Municípios do Centro-Sul do Paraná
APS	Atenção Primária à Saúde
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
BO	Boletim de Ocorrência
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Manual Internacional de Doenças
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COMEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CRAM	Centro de Referência de Atendimento à Mulher
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
DGTES	Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
DSSF	Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário
EESP	Escola Estadual de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
FORPROEX	Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Instituições Públicas de Educação Superior Brasileiras
GLAES	Grupo Latinoamericano dos Estudos Subalternos

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LESFEM	Laboratório de Estudos de Femicídio
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LMP	Lei Maria da Penha
M/C	Modernidade e Colonialidade
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MPU	Medida Protetiva de Urgência
MS	Ministério da Saúde
MS/GM	Portaria do Ministério da Saúde Gabinete do Ministro
NUMAPE	Núcleo Maria da Penha
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PET Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PL	Projeto de Lei
PMPPM	Plano Municipal de Políticas Públicas para Mulheres de Guarapuava
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAINFO	Política Nacional de Dados e Informações relacionadas à Violência contra as Mulheres
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência
PPGDC	Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário
PPGH/UNICENTRO	Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Estadual do Centro-Oeste
PQL	Pesquisa Qualitativa
PQT	Pesquisa Quantitativa
PR	Paraná

RAVMM/PR	Relatório Anual da Violência contra Meninas e Mulheres no Paraná
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SETI-PR	Secretaria da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior do Paraná
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPPM	Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFS	Universidade Federal de Sergipe
UNB	Universidade de Brasília
UNICENTRO	Universidade Estadual do Centro-Oeste
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VCM	Violência Contra as Mulheres
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1	19
DECOLONIALIDADE: UM PERCURSO CRÍTICO-TEÓRICO	19
CAPÍTULO 2	39
VIOLÊNCIA E SAÚDE: MARCADORES DO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES E O PAPEL DOS/AS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	39
2.1 METODOLOGIA PARA CONSTRUÇÃO DA REVISÃO DE LITERATURA	45
2.2 RESULTADOS DO LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO	47
2.3 DISCUSSÕES	52
2.4 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES A PARTIR DA REVISÃO DE LITERATURA	55
CAPÍTULO 3	57
DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	57
3.1 CARTOGRAFIA DO TERRITÓRIO	57
3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS/AS PARTICIPANTES	62
3.3 NOTAS SOBRE A IMERSÃO NO TERRITÓRIO	66
3.4 SÍNTESE	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120
APÊNDICE A	133
ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	133
APÊNDICE B	135
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	135
CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO	138
ANEXO	139
ANEXO I - CARTILHA “IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES: ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO”	139

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa abarca um processo de constante reconstrução. Mantenho certa reserva a esta palavra “desconstruir”, que, embora bem fundamentada em seu contexto de uso, a meu ver, sempre me soou autoritária e colonizadora, como se um saber de fora viesse descartar o que foi produzido e pensado até então. Reconstruir me parece uma palavra adequada para refazer, renovar, recompor, reerguer, dentre outras ideias semelhantes encontradas no dicionário, que supõem um exercício ativo rumo a um novo estado. Para mim, esse movimento tem relação desde a formação acadêmica até o momento que me proponho a adotar a perspectiva decolonial na construção desta dissertação.

Na formação em pesquisa e produção de conhecimento científico no Brasil, embora seja possível abarcar outras perspectivas, é predominante o viés positivista. Assim, aprendemos a impessoalidade, neutralidade e há incentivo à ausência da figura do/a agente de pesquisa. Esta perspectiva é ancorada no paradigma dominante, conforme alude Santos (2006), também reproduzido nas ciências sociais e que preconiza a separação entre sujeito e objeto. As leis universais estabelecidas pelo viés positivista não dão margem para o que surge na relação entre aquele/a que pesquisa e o que é pesquisado. Vale salientar também que a produção do conhecimento que é tomado como total, tal qual ocorre com a colonização, repercute uma dominação que coloca o objeto em um lugar passivo e de não saber. A contestação do universalismo, aliada à insuficiência em dar conta dos fenômenos naturais e sociais, dá espaço a modelos de ciência abertos à complexidade dos objetos. Nesse sentido, a perspectiva decolonial no âmbito da pesquisa é um movimento de contestação ao paradigma dominante, ao passo que denuncia o quão parcial a ciência pode ser.

Uma vez inserida nesse contexto, constitui-se um desafio a escrita em primeira pessoa. Todavia, ao longo do tempo, as reconstruções que vêm sendo feitas no campo teórico escancaram que não há essencialismos. Há um/a sujeito/a, um tempo, um lugar, uma relação, que dirão mais do que pretende ser dito. Sendo assim, para além do que será escrito, quem eu sou, de onde venho, o que faço, onde atuo, falará

sobre o meu lugar enquanto pesquisadora: Mirian, mulher cisgênero, nordestina, brasileira, latinoamericana, psicóloga, mestranda na Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná (PR), com histórico de atuação profissional na área de Violência Contra as Mulheres (VCM) do município de Guarapuava no estado do PR.

Quanto ao nascimento da pesquisa, a vida profissional, pessoal e acadêmica se entrelaçam. Ingressei no curso de Psicologia no segundo semestre de 2010 na Universidade Federal da Bahia (UFBA) e, enquanto graduanda, elegi a extensão universitária como potência de aprendizado e formação. Esta modalidade de integração do conhecimento é valorizada pela universidade, já que é parte indissociável de sua natureza a integração entre ensino, pesquisa e extensão (Brasil, 1988). Ocorre, assim, o intercâmbio de saberes entre contexto acadêmico e social, que resulta em “democratização do conhecimento acadêmico e a participação efetiva da comunidade na atuação da Universidade” (FORPROEX, 2001, p. 5), a extensão tem também a função de ligar a universidade com demandas sociais.

Dentre elas, destaco o estágio de vivência do Sistema Único de Saúde (SUS) promovido pela Escola Estadual de Saúde Pública (EESP) da Bahia, que seleciona estudantes da área da saúde para compor equipes interdisciplinares, estas se deslocam para municípios do estado a fim de conhecer a rede de saúde e seu funcionamento. Esta inserção demonstra a relevância de uma formação universitária comprometida com a saúde pública, bem como parte do contexto de trabalho enquanto local de aprendizagem e construção teórico-crítica.

Atribuo também significância à minha experiência no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) (Brasil, 2010). Esta formação ocorre por meio da inserção de estudantes de graduação e pós-graduação na área de saúde em locais estratégicos do SUS, a fim de promover a qualificação profissional e formação crítica atenta às necessidades de saúde. Ingressei no PET em 2012, cujo desenvolvimento se dava na escola de enfermagem da UFBA, onde preceptores/as, tutores/as e alunos/as de cursos como Psicologia, Medicina, Enfermagem reuniam-se regularmente para orientação e planejamento dos trabalhos, tendo como campo de atuação uma unidade de saúde pertencente ao 11º Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário (DSSF). Este compõe os 12 territórios de saúde da cidade de Salvador, Bahia, e abrange 33 bairros. Além de atividades já consolidadas na agenda da

Atenção Básica, como o HiperDia¹, atividades com grupo de idosos e gestantes, a notificação de violência era um assunto com forte presença no cotidiano da equipe, a qual discutia o tema com frequência, promovia capacitação interna sobre o preenchimento da ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e buscava meios de eliminar os empecilhos ao ato de notificar. Dessa importância, surge a proposta de dialogar com outras unidades do distrito por meio de uma formação continuada no intuito de reforçar a prática. Assim, ocorreu de forma itinerante uma roda de conversa nas unidades do DSSF, que teve como fechamento um encontro geral, envolvendo gestores/as e trabalhadores/as das unidades. Esse contexto me forneceu experiência de trabalhar com a notificação de violência, reforçando a importância da intersetorialidade e a adoção de estratégias de aprimoramento para efetivar a notificação.

Anos mais tarde, iniciei na residência multiprofissional em saúde do adulto e idoso (2015) da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Esta almejada formação é sinal de um reconhecimento da interdisciplinaridade como norteadora de práticas direcionadas às coletividades. A partir dessas vivências e considerações, a ideia de um ingresso em um mestrado interdisciplinar soa coerente com a trajetória experienciada.

Aliado à contingência de me deslocar para o Paraná e atuar na Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres (SPPM), meu desejo pelo trabalho interdisciplinar, extensionista e comunitário me conduziu para pesquisar a identificação e notificação de casos de violências contra as mulheres nos atendimentos dos/as profissionais de saúde. Essa atuação no campo de atendimento a mulheres acometidas pela violência – com início em 2020, foi determinante para definir minha área de investigação. Sabemos que os nocivos efeitos da violência têm impactado as sociedades ao longo do tempo. Nesse cenário, as mulheres estão expostas a agravos e riscos por sofrerem diretamente as consequências da desigualdade de gênero. Conforme Almeida (2014, p. 329), a história acumula uma “expressiva concentração desse tipo de violência sobre os corpos femininos situados em cenas rotineiras de assimetria frente aos corpos e aos polos superiores do poder masculino”.

¹ Programa de atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus - ação que integra o Programa Saúde da Família, monitora e acompanha pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial.

Convém pontuar que, para além das diferenças biológicas que classificam indivíduos em “homens” e “mulheres”, o conceito de gênero busca contemplar as dimensões social e relacional, na qual se fundam as desigualdades entre essas categorias (Bandeira; Almeida, 2013). Assim, o fenômeno da violência contra as mulheres está ancorado na ideia de dominação e machismo, que buscam sobrepor a liberdade e integridade física e psíquica, relegando às mulheres um lugar de subserviência, uma vez que “mulher” é posta como “o outro” do homem, considerado universal. Assim, a dimensão da violência ganha contornos mais acentuados em face da lida diária com o tema, seja pelo atendimento direto às usuárias do serviço ou no campo do enfrentamento por meio de políticas públicas, efetivada via SPPM.

Parto também da compreensão de saúde enquanto dimensão ampla, preconizada pelos princípios do SUS, o qual traz em seu bojo o enfrentamento à violência, levando em conta a territorialidade. Partilhamos da premissa de que o território é o que integra os diversos setores da sociedade, razão pela qual é fundamental para a análise das condições de vida (Fonseca, 2007).

Nesse âmbito, do território onde me localizo, enquanto espaço geográfico e de atuação profissional, emergem índices elevados de violência contra as mulheres, marcadamente atrelada à desigualdade de gênero. O município de Guarapuava está localizado na região centro-oeste do Estado do Paraná. A população é composta por 81.797 homens e 85.531 mulheres (IBGE, 2010). Aponta-se o aumento populacional, chegando a 182.093 habitantes, conforme estatística recente (IBGE, 2022b).

Conforme registros da SPPM, em 2020, houve aumento de 15,5% nos números de Boletins de Ocorrência (BO) em relação ao ano anterior. Do mesmo modo, a emissão de Medidas Protetivas de Urgência (MPU) cresceu 73,4% (SPPM, 2021).

No cenário nacional, as estatísticas revelaram que, no interstício de 2013 a 2018, houve redução de 11,5% dos homicídios fora de casa. Já as mortes ocorridas no ambiente doméstico tiveram crescimento de 8,5% (Cerqueira, 2021). Um estudo mostrou que 16 milhões de mulheres sofreram algum tipo de violência em 2018. Dentre elas, 76,4% afirmaram conhecer o agressor (FBSP, 2021).

Nesse caminho, as ocorrências de violência doméstica seguem aumentando no país. Em 2022, este índice cresceu 2,9%, totalizando 245.713 registros. Observamos também um aumento dos casos atrelados à condição de ser mulher, o que caracteriza o feminicídio, em diferença ao homicídio de mulheres. No mesmo ano,

foi registrado crescimento de 6,1%, chegando ao quantitativo de 1.437 mulheres assassinadas devido à sua condição de gênero (FBSP, 2023).

O advento da pandemia do *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), no início de 2020, agravou as ocorrências, uma vez que as pessoas que habitavam o mesmo ambiente dos agressores tiveram que ficar confinadas, por conseguinte, o acesso aos serviços de justiça e saúde foi dificultado. Por esse motivo, conforme apontado pela nota técnica do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2020), houve queda nos registros policiais que requerem a presença da vítima. Por outro lado, dados comprovaram o recrudescimento dos casos de feminicídio, a exemplo, os estados Mato Grosso, Rio Grande do Norte e São Paulo registraram, em março de 2020, respectivamente, 400%, 300% e 46,2% de aumento desses casos em relação ao mesmo mês do ano anterior. Mesmo com a queda expressiva nos registros, 230.160 mulheres fizeram denúncia de casos de lesão corporal por violência doméstica no primeiro ano da pandemia (FBSP, 2021).

Diante disso, torna-se um imperativo pensar o serviço de saúde e os/as operadores/as desse sistema em face dessa realidade. A Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto estratégia territorial do SUS, possui diretrizes que promovem o estreito contato com a comunidade. Nesse contexto, a população mantém proximidade com profissionais de saúde, que, por sua vez, possuem em seu rol de atribuições a notificação compulsória de violência.

Nessa conjuntura, convém interrogar acerca da atuação profissional diante de casos de violência e como a notificação vem sendo incorporada no cotidiano dos/as trabalhadores/as. Partindo desta questão, proponho investigar a atuação de profissionais de saúde da atenção primária diante de casos de violência doméstica contra as mulheres a fim de contribuir no processo de formação das equipes.

Este trabalho busca também compreender como os/as profissionais identificam os casos de violência doméstica contra as mulheres em seus atendimentos, além de averiguar a prática da notificação de violência por parte do grupo investigado. Firmada a proposta de devolutiva aos serviços, foi objetivado identificar e sistematizar dados da literatura e documentos oficiais, com o objetivo de produzir uma cartilha informativa sobre a identificação e notificação da violência doméstica direcionada aos/as profissionais de saúde, a fim de fornecer material que possibilite devolutiva da pesquisa a partir de algo que seja útil à prática dos/as profissionais.

CAPÍTULO 1

DECOLONIALIDADE: UM PERCURSO CRÍTICO-TEÓRICO

Os saberes construídos na modernidade, a partir do norte global², se consolidaram como modelo dominante no campo da ciência e sociedade. Esse empreendimento, hoje, tão sólido, tem origem na expansão europeia rumo à conquista de novos territórios e acumulação de riquezas. Desde muito cedo, aprendemos didaticamente na escola como ocorreu a expansão marítima e as grandes navegações: os livros, que narram uma história total, são ricamente ilustrados com as caravelas dos “desbravadores”, sendo um deles o responsável pela “descoberta do Brasil”. Desse modo, e não por acaso, introjetamos a história do colonizador como a história oficial da humanidade.

A expansão europeia obteve êxito através da chegada a novos territórios já habitados, onde a tentativa de apropriação tanto da terra e todos os seus recursos naturais, como de seus radicados, se deu por um processo violento de colonização, o qual produz efeitos na organização social e territorial do mundo que vivemos hoje. Naquele momento, para que a dominação se sustentasse, era necessário um elemento além da estratégia bélica; é quando ocorre a introdução do conceito de raça, nomeação que passa a atravessar todas as relações de poder e dominação sob os colonizados. O expoente autor da decolonialidade, Aníbal Quijano (2005, p. 117), descreve esse processo nas Américas:

A formação de relações sociais fundadas nessa idéia, produziu na América identidades sociais historicamente novas: índios, negros e mestiços, e redefiniu outras. Assim, termos com espanhol e português, e mais tarde europeu, que até então indicavam apenas procedência geográfica ou país de origem, desde então adquiriram também, em relação às novas identidades, uma conotação racial. E na medida em que as relações sociais que se estavam configurando eram relações de dominação, tais identidades foram associadas às hierarquias, lugares e papéis sociais correspondentes, como constitutivas delas, e, conseqüentemente, ao padrão de dominação que se impunha. Em outras palavras, raça e identidade racial foram estabelecidas como instrumentos de classificação social básica da população.

² A ideia de "norte global" será desenvolvida adiante.

A construção de uma “outridade”, como cita Grada Kilomba³ (2019) face a um Outro universal se deu por meio da racialização, em que a percepção de traços fenotípicos diferentes produz hierarquias. Esta noção parte de uma concepção de sujeito posta como universal, a partir da qual irão se estabelecer parâmetros comparativos de referenciação, estabelecendo o padrão normativo base homem-branco-europeu, para o contraponto homem-não-branco-racializado, o que produz as dicotomias civilizado x selvagem, humano x animal, cristão x não catequizado, branco x negro, branco x indígena, etc. Para justificar a exploração, era preciso que se criasse esta simetria.

Posta a base ideológica para dominar, o que se segue são séculos de exploração e expropriação, reservadas as particularidades, nas Américas, África e Ásia, conferindo à Europa o lugar central perante o mundo. Quijano (2005) pontua que o etnocentrismo, traço comum de colonizadores, coloca a história como temporalmente linear, cujo auge da evolução culmina na Europa. Ao requerer a modernidade para si, este continente atribui aos demais residentes do globo a involução e inferioridade. Veremos que o fim da colonização, enquanto processo político-administrativo e a conseqüente independência das colônias, não parou de exercer domínio sob os entes colonizados. Nisso reside a diferença entre os termos colonização e colonialidade, conforme explanada a seguir:

Colonialidade não significa a mesma coisa que colonialismo. Colonialismo denota uma relação política e econômica, na qual a soberania de um povo reside no poder de outro povo ou nação, que constitui essa nação em um Império. Diferentemente dessa ideia, a colonialidade se refere a um padrão de poder que surgiu como resultado do colonialismo moderno, mas, em vez de limitar-se a uma relação formal de poder entre dois povos ou nações, ao contrário, refere-se à maneira pela qual o trabalho, o conhecimento, a autoridade e as relações intersubjetivas se articulam entre si, por meio do mercado capitalista mundial e da ideia de raça. Assim, embora o colonialismo preceda a colonialidade, a colonialidade sobrevive ao colonialismo (Maldonado-Torres, 2007, p.131).

Com efeito, os locais onde a colonização se fez presente, sofreram um apagamento de identidades e saberes ancestrais. Por conseguinte, o campo científico também é afetado, uma vez que, na lógica colonial, os locais marginalizados não são tidos como espaços privilegiados de produção de conhecimento.

³ Optamos pela menção do primeiro nome das teóricas mulheres, ao longo do trabalho, para marcar as obras dessas pensadoras no campo da produção do conhecimento e suas contribuições para pensar a decolonialidade.

Face a esse contexto, emergiu a crítica ao colonialismo, por meio de autores pós-coloniais, que lançaram as bases para que, mais tarde, fossem desenvolvidos, no contexto da América Latina, o que seria chamado de estudos decoloniais. Esse primeiro movimento pós-colonial tratou-se de um processo que tem raízes na resistência e enfrentamento exercidos pelos povos colonizados. À guisa de diferenciação, o termo pós-colonial pode se referir ao tempo histórico, que marca a descolonização ou utilizado para aludir a “um conjunto de contribuições teóricas oriundas principalmente dos estudos literários e culturais, que a partir dos anos 1980 ganharam evidência em algumas universidades dos Estados Unidos e da Inglaterra” (Ballestrin, 2013, p. 90). Luciana Ballestrin (2013) pontua que o pensamento pós-colonial já era vigente e até contemporâneo ao colonialismo, mesmo antes de se estruturar como uma corrente de estudos. Em determinado período, esses argumentos convergiram por meio dos expoentes: Franz Fanon, Albert Memmi e Aimé Césaire, aos quais é atribuída a vanguarda desse movimento epistêmico, intelectual e político. Soma-se a essas contribuições, a obra “Orientalismo: o oriente como invenção do Ocidente”, de Edward Said. O conceito desenvolvido pelo autor pode ser definido como “a instituição autorizada a lidar com o Oriente — fazendo e corroborando afirmações a seu respeito, descrevendo-o, ensinando-o, colonizando-o, governando-o: em suma, o Orientalismo como um estilo ocidental para dominar, reestruturar e ter autoridade sobre o Oriente” (Said, 2008, p. 24). Por meio dessa obra, Aguiar (2016, p. 276) destaca que

(...) se propagou o questionamento do pensamento ocidental, desvendando também suas faces políticas e ideológicas, uma relevante contribuição para modificar os modos acadêmicos de análises, desconstruindo fronteiras, se articulando com a história, a sociologia, a antropologia e a ciência política.

A produção teórica na América Latina – que ora atribuímos ao grupo Modernidade e Colonialidade (M/C) – tem inicialmente relação com o chamado grupo de estudos subalternos, encabeçado por estudiosos/as do Sul Asiático, a exemplo do historiador indiano Ranajit Guha. A expansão da crítica pós-colonial teve seu auge nas décadas de 1970 e 1980 e, sob influência do marxismo gramsciano, o termo “subalterno” foi incorporado à teoria, o que pode ser compreendido como uma forma de “firmar um posicionamento teórico e político contrário às interpretações elitistas do contexto indiano, de caráter colonialista e/ou nacionalista” (Aguiar, 2016, p. 274). Essa discussão se expandiu para fora do continente, e alcançou os Estados Unidos através

da indiana Gayatri Spivak. Em sua obra “Pode o subalterno falar?” (Spivak, 2010), tece uma crítica sobre sujeitos de enunciação, ao problematizar a quem é dado o direito de falar. Trata-se de um texto de relevância para o feminismo decolonial, principalmente, por discutir a posição do sujeito feminino. Inclusive, o título do ensaio, quando traduzido para o idioma português, é alterado para o artigo masculino, refletindo a relação de poder pelo uso do gênero dominante, assim como denota um ato de exclusão por meio da linguagem.

Assim, o estudo das áreas de humanidades e sociais a partir da contribuição de pensadores de “fora” ganhou espaço na academia estadunidense, através do grupo *Foreign Culture* (Culturas Estrangeiras), incluindo o mencionado grupo de estudos subalternos. Por influência desse movimento na Ásia e da posterior adesão de intelectuais no Norte da América, é criado, na década de 1990, o Grupo Latinoamericano dos Estudos Subalternos (GLAES), que agrega majoritariamente componentes da América do Sul residentes nos Estados Unidos. Este projeto foi uma tentativa de trazer a realidade da América Latina, percebida até então como distante das teorias que vinham sendo trabalhadas nestes grupos (Aguiar, 2016). Em sua composição teve John Beverly, Ileana Rodriguez, Robert Carr, José Rabasa e Javier Sanjine como pioneiros/as do movimento, ao lado de outros componentes como: Walter Mignolo, Santiago Castro-Gomez, Eduardo Mendieta e Anibal Quijano (Andrade; Ballestrin; Aragão, 2014). É fato que o grupo teve divergências conceituais e foram elas as principais responsáveis pelo seu desmembramento.

Falar de uma definição do GLAES que vá além do “Founding Statement”⁴ pode acabar não sendo fiel às variadas interpretações que havia internamente. Este talvez possa vir a ter sido um dos motivos para a dissolução do grupo em 1998: não pela simples existência das divergências em si, mas pelo fato delas não produzirem um debate no qual a intencionalidade dos participantes em relação ao grupo, bem como a definição deste pudesse ser equânime a todos, mesmo que minimamente (Andrade; Ballestrin; Aragão, 2014, p. 2).

Essa cisão, justificada pela falta de rompimento com epistemologias dominantes inaugurou o grupo M/C, em 1998, liderado pelo peruano Aníbal Quijano. Esse movimento teórico de romper em definitivo com o colonialismo efetiva era o chamado “giro decolonial” (Ballestrin, 2013). Nas palavras de Aguiar, o giro marca “um rompimento com o ocidental-centrismo e seus reflexos no saber, uma demanda que

⁴ Estatuto de Fundação.

surge pela expansão do argumento da pós-colonialidade e dos estudos subalternos” (Aguilar, 2016, p. 274).

A divisão entre Norte e Sul global no campo do conhecimento é um reflexo da colonialidade do poder, que separa o mundo entre centro e periferia (Castro-Gómez, 2005), ilustrando respectivamente o paradigma epistemológico dominante e os saberes destituídos de valor e/ou produzidos em zonas periféricas. No entanto, não se limita necessariamente ao espaço geográfico, conforme alude Boaventura Santos (2021). Segundo o autor, a expansão colonial agiu em desfavor dos povos colonizados, por ser uma relação de saber-poder. Este empreendimento impediu o desenvolvimento e circulação dos saberes, ao consagrar o conhecimento científico produzido no Norte como o único válido. Daí a emergência das Epistemologias do Sul, como forma de responder às tentativas de apagamento e validar os saberes que foram descredenciados (Santos, B., 2021).

Exponentes do grupo M/C tomam a América Latina e os colonizados como ponto de partida no campo da produção de conhecimento. Aníbal Quijano conceituou aspectos importantes no que tange à colonização e seus domínios, estabelecendo algumas categorias centrais para os estudos decoloniais: colonialidade do saber, do ser e do poder.

A colonialidade do poder, a partir da diferenciação baseada na raça, foi um conceito desenvolvido por este autor, mediante percepção dessas relações que estabeleceram domínio colonial sob os colonizados, que perduram mesmo após o fim da colonização. Esse processo, iniciado na expansão europeia, é atualmente consagrado pelo vigente eurocentrismo, globalização, vanguarda da modernidade e consagração do norte global como detentor do capital. Quijano afirma que essas tais conquistas foram adquiridas por meio de exploração do trabalho de indivíduos não brancos, a lógica da mão-de-obra não assalariada determinou o destino da riqueza global, colocando a Europa como receptora de todos os bens gerados.

O controle do trabalho no novo padrão de poder mundial constituiu-se, assim, articulando todas as formas históricas de controle do trabalho em torno da relação capital-trabalho assalariado, e desse modo sob o domínio desta. Mas tal articulação foi constitutivamente colonial, pois se baseou, primeiro, na adscrição de todas as formas de trabalho não remunerado às raças colonizadas, originalmente índios⁵, negros e de modo mais complexo, os mestiços, na América e mais tarde às demais raças colonizadas no resto do mundo, oliváceos e amarelos. E, segundo, na adscrição do trabalho pago,

⁵ O autor usa o termo "índio" para se referir aos povos originários que habitavam o território posteriormente chamado de América.

assalariado, à raça colonizadora, os brancos. Essa colonialidade do controle do trabalho determinou a distribuição geográfica de cada uma das formas integradas no capitalismo mundial (Quijano, 2005, p. 120).

Esta crítica à modernidade é um ponto central entre as teorizações decoloniais, por escamotear o lado colonial deste processo. Ela vai contra a alegação europeia de que a fase moderna é inaugurada na Revolução Industrial ou no Iluminismo. Os autores argumentam que esta classificação nasce com a chegada dos exploradores às Américas. Logo, o capitalismo, a globalização e as relações atuais de poder logram da exploração, ou melhor, existem a partir dela. Neste sistema-mundo moderno/colonial, o sustentáculo é a colonialidade do poder, a qual possui via dupla que localiza os entes em duas identidades fixas. Os processos internos visam fortalecer uma identidade homogênea e autorreferenciada, ao passo que os entes postos na margem são alvos de “missões civilizatórias” (Castro-Gómez, 2005).

A noção de colonialidade do poder é introduzida a partir da premissa de que o processo de descolonização não está efetivamente concluído, já que a primeira fase corresponde apenas à libertação jurídico-política das colônias. Isto é, existem ainda iniciativas coloniais ativas de domínio sob as periferias do mundo. Invoca a completa descolonização, que é a decolonialidade, cuja função será:

abordar a heterarquia das múltiplas relações raciais, étnicas, sexuais, epistêmicas, econômicas e de gênero que a primeira descolonização deixou intacta. Como resultado, o mundo do início do século XXI necessita de uma decolonialidade que complemente a descolonização realizada nos séculos XIX e XX. Ao contrário dessa descolonização, a decolonialidade é um processo de resignificação a longo prazo, que não pode ser reduzido a um acontecimento jurídico-político (Castro-Gómez, Grosfoguel, 2007, p. 17)⁶.

Convém mencionar acerca das terminologias exploradas ao longo do presente texto que, e mbora semelhantes, os termos descolonizar/descolonial/descolonização e decolonizar/decolonial/decolonização carregam, para grande parte dos autores, sentidos distintos. Partilhamos aqui da convenção de que o primeiro grupo alude ao processo de emancipação política das colônias, já o segundo bloco se refere à persistência da lógica colonial nas comunidades subalternizadas, conforme aludido por Heloisa Buarque Hollanda (2020), ao passo que também indica movimento gradual de descolamento deste domínio, inclusive no campo epistemológico. Portanto, a supressão do “s” é intencionalmente utilizada:

⁶ Tradução da autora.

É para marcar uma distinção com o significado castelhano de “des”. Não pretendemos simplesmente desarmar, desfazer ou inverter o colonial; ou seja, passar de um momento colonial para um não colonial, como se fosse possível que seus padrões e traços deixassem de existir. A intenção, ao contrário, é apontar e provocar uma posição – uma postura atitude contínua – de transgredir, intervir, insurgir e influenciar. O decolonial denota, então, um percurso de luta contínua em que podemos identificar, tornar visíveis e fomentar “lugares” de exterioridade de construções alternativas (Walsh, 2009, p. 14-15, traduzido).

A matriz da colonialidade do poder se ramifica para outras esferas de dominação, chegando até a colonialidade do ser, a qual se refere à experiência de inferiorização e seus impactos na subjetividade. É uma noção desenvolvida inicialmente por Walter Mignolo, também abordada pelo filósofo Nelson Maldonado-Torres, que recorre às ideias de Frantz Fanon, autor do clássico *Peles negras, máscaras brancas*, publicado em 1952, no qual discute o racismo e a branquitude posta como ideal a ser alcançado por pessoas negras, sendo esta alienação efeito do colonialismo (Borges, 2018).

A colonialidade do ser culminou na inferiorização do povo negro, sua imagem e seus feitos, em uma tentativa de destituí-los de seu ideário próprio de identidade. Vemos na obra de Fanon (2008) que este mecanismo criou raízes profundas, vindo a ser determinante na constituição do sujeito racializado. O autor, a partir de uma perspectiva psicopatológica, analisa o “modo de existência desse sujeito”, articulando, para isso, noções advindas da psicanálise e do marxismo:

Retornando à psicopatologia, digamos que o negro vive uma identidade extraordinariamente neurótica. Com vinte anos, isto é, no momento em que o inconsciente coletivo é mais ou menos perdido, ou pelo menos difícil de ser mantido no nível consciente, o antilhano percebe que vive no erro. Por quê? Apenas porque, e isso é muito importante, (...) o antilhano se reconheceu como preto, mas, por uma derrapagem ética, percebeu (inconsciente coletivo) que era preto apenas na medida em que era ruim, indolente, malvado, instintivo. Tudo o que se opunha a esse modo de ser preto, era branco. Deve-se ver nisso a origem da negrofobia do antilhano. No inconsciente coletivo, negro = feio, pecado, trevas, imoral. Dito de outra maneira: preto é aquele que é imoral. Se, na minha vida, me comporto como um homem moral, não sou preto (Fanon, 2008, p. 162).

Nesse sentido, é oportuna a colocação de Figueiredo (2010), ao recuperar Spivak (2010) e a posição de subalternidade, na qual esta pensadora

reflete sobre o perigo da apropriação do outro pela assimilação, chamando a atenção para a reescrita da utopia estrutural. Por essa perspectiva, toma-se como verdade o que é dito pelo outro, fazendo que tal discurso fique enraizado na consciência do mais fraco; sinteticamente, trata-se de ouvir “a voz do outro em nós”. Ou seja, a representação do subalterno está atravessada pela hierarquia opressora dominante (Figueiredo, 2010, p. 86).

Um pouco mais recente, a obra de Grada Kilomba (2019) também apresenta uma análise da constituição do sujeito negro, a partir do que ela chama de “episódios de racismo cotidiano”. Em certa altura da obra, ela se atém à ideia de deturpação e identificação, demonstrando quão emblemática esta última pode ser para constituição do sujeito negro, face à convivência no mundo com brancos.

[Quando eu era criança] quando pessoas negras olhavam para mim, eu sabia que eu tinha algo a ver com elas, mas não queria porque eu não queria ser vista como uma *Neger*, como elas eram. Eu pensava que havia algo muito errado nisso. Havia todas essas imagens terríveis de pessoas negras nos livros, nas notícias, nos jornais, basicamente em todos os lugares. Em toda parte... Ainda hoje, isso é tão... Então, quando criança eu não queria ser como elas e, ao mesmo tempo, eu era uma delas, e eu sabia disso. Uma situação difícil... (Kilomba, 2019, p. 152).

Nas palavras da autora, “essa cena retrata a luta à qual o sujeito negro é submetido, uma luta para se identificar com *o que se é*, mas não *como se é visto*, no mundo conceitual branco – uma ameaça” (Kilomba, 2019, p. 153). Nesse sentido, Fanon (2008, p. 95) analisa este efeito, mais uma vez, a partir de uma ótica clínica.

Se ele se encontra a tal ponto submerso pelo desejo de ser branco, é que vive em uma sociedade que torna possível seu complexo de inferioridade, em uma sociedade cuja consistência depende da manutenção desse complexo, em uma sociedade que afirma a superioridade de uma raça; é na medida exata em que esta sociedade lhe causa dificuldades que ele é colocado em uma situação neurótica.

Conforme exposto, vimos que a colonialidade do poder atua em diversas frentes, inclusive no campo do conhecimento. O ideal de sujeito a ser alcançado tem respaldo no paradigma científico dominante, já que este se refere a um sujeito universal. Portanto, a colonialidade do saber trata-se da produção e disseminação de um conhecimento considerado válido, o qual parte exclusivamente de uma matriz epistemológica pertencente à ordem colonial, e age na deslegitimação de outros saberes.

A cientificação é uma forma de sedimentar a diferença, a partir dela, cria-se um mecanismo de inferiorização de tudo que é externo à ordem dominante. Maldonado-Torres (2020) demonstra como a colonialidade do saber se materializa no “Discurso do método” (Descartes, 2001) cartesiano, obra que promoveu a desqualificação epistêmica, ao colocar indivíduos fora do *cogito*, conduzindo-os à desumanização. Em um pico de eurocentrismo, René Descartes toma como base sua experiência mental de raciocínio e universaliza a existência humana a partir da premissa do “penso, logo existo”. Na sequência, Torres ressalta que o *ego cogito* é a subjetividade do homem

européu, que não é descolada do contexto histórico. Mignolo (2017, p. 8) aborda a questão do conhecimento na Modernidade e Colonialidade do Poder:

O conhecimento na MCP era uma faca de dois gumes: por um lado, era a mediação para a ontologia do mundo, assim como um modo de ser no mundo (a subjetividade); por outro lado, uma vez que o conhecimento era concebido imperialmente como o verdadeiro conhecimento, se tornou uma mercadoria para ser exportada àqueles cujo conhecimento era alternativo ou não moderno, segundo a teologia cristã e, depois, a filosofia secular e as ciências.

A existência de uma estrutura desigual de enunciação do conhecimento fora discutida por outros autores e ampliada no grupo M/C (Ballestrin, 2013), a exemplo da noção foucaultiana de violência epistêmica, a qual se deve ao eurocentrismo. Nesse sentido, Nascimento (2021, p. 62) aponta que:

Essa colonização etnocêntrica do saber garante que a experiência do conhecimento se restrinja às sociedades e culturas ditas do “centro”, que pressupõe que outras sociedades e culturas que não as do “centro”, restando às da periferia, a subordinação epistemológica e cognitiva – a parte menos visível, mas nem por isso menos importante da relação de dependência imposta pela lógica colonial.

O contexto de colonização no Brasil não figura como alvo das teorizações do grupo M/C. Ballestrin (2013) observa que esta ausência é algo questionável, dado o extenso e complexo regime de colonização que Portugal exerceu no país, bem como em virtude das especificidades do contexto brasileiro em relação a outros locais da América. A autora também chama atenção para o fato de não haver pesquisadores/as brasileiros/as credenciados ao grupo. Há dois aspectos a serem destacados acerca desse campo de estudos no país. Anos passados da publicação supracitada, é possível observar que os desdobramentos teóricos e iniciativas decoloniais vêm, gradualmente, ganhando espaço dentro e fora do ambiente acadêmico. Por outro lado, denúncias de um sistema de hierarquia dominante já eram presentes em obras brasileiras que, embora situadas em outro momento histórico, apresentam uma afinidade com o pensamento decolonial.

Portela (2021, p. 8) argumenta que “já faz um tempo que algumas intelectualidades brasileiras optaram por modelos analíticos de resistência ao padrão imperialista/colonialista”. Alguns exemplos podem ser encontrados no Teatro Experimental Negro, idealizado por Abdias Nascimento, no qual os elementos de classe e raça compunham suas obras teatrais. O conceito de “quilombismo” foi alcunhado pelo artista e intelectual no seu percurso de enfrentamento ao racismo.

Também no contexto brasileiro, a psiquiatra e psicanalista Neusa Santos Souza publica “Tornar-se negro”, em 1983, fruto da sua dissertação de mestrado. Dentre

outras obras que vem a produzir, este é o livro que aborda mais diretamente a questão racial, por discutir os impactos do racismo na formação subjetiva das pessoas negras. Recentemente, a obra (Souza, 2021) foi reeditada e publicada em 2021, demonstrando quão atual e necessária são as discussões que denunciam o racismo e, por conseguinte, sua matriz colonial.

A perspectiva dos povos originários frente ao colonialismo, globalização e os efeitos nefastos de destruição da natureza é, há décadas, difundida pelo ativista indígena Ailton Krenak, que encarna o sujeito epistêmico “que é ao mesmo tempo sujeito e militante”, conforme Danner; Dorrico e Danner (2020). Em termos decoloniais:

...é o próprio indivíduo-grupo marginalizado, tornado menor em termos da colonização, produzido por ela, e em geral representado tecnicamente por um sujeito político-epistêmico extemporâneo, que constrói teoria sobre si e sobre a sociedade em que está inserido, ligando-a diretamente a uma *práxis* altamente política, baseada em sua singularidade antropológica e em sua condição de marginalização, de exclusão e de violência (Danner; Dorrico; Danner, 2020, p. 61).

Podemos encontrar também a crítica ao colonialismo na obra da pensadora brasileira Lélia Gonzalez (2020), que aparece na análise do entrelaçamento entre gênero, classe e raça no contexto social brasileiro e seu traço colonial. Além disso, a perspectiva da América Latina também é contemplada em suas produções, ao propor uma nova conjuntura de estruturação de pensamento, a qual parte da “América-Ladina”. A autora cunha o neologismo para se referir à parte africana somada à América, ambas constituintes da identidade brasileira e de outras localidades que foram colonizadas. O jogo de palavras é um recurso utilizado por ela para demonstrar estas contribuições linguísticas e marcar um posicionamento contra a eugenia que busca promover o apagamento da influência negra na formação brasileira e das américas. A partir de uma análise de expressões como idiomas, gramáticas e textos literários, observa que há

...um aspecto pouco explorado da influência negra na formação histórico-cultural do continente como um todo (e isso sem falar nos dialetos “crioulos” do Caribe). Similaridades ainda mais evidentes são constatáveis se o nosso olhar se volta para as músicas, as danças, os sistemas de crenças etc. Desnecessário dizer o quanto tudo isso é encoberto pelo véu ideológico do branqueamento, é recalcado por classificações eurocênicas do tipo “cultura popular”, “folclore nacional” etc. que minimizam a importância da contribuição negra (Gonzalez, 2020, p. 116).

Assim, esse compilado demonstra brevemente contribuições teórico-práticas de mentes brasileiras, que endossaram o coro do pensamento que denominamos

decolonial, embora situados fora do grupo M/C. Bernardino-Costa; Maldonado-Torres; Grosfoguel (2020) não limitam o pensamento da decolonialidade ao referido grupo, justificam que a concepção adotada na obra “não está restrita a um conjunto de autores, a fim de aprendermos os processos de resistência e a luta pela reexistência das populações afrodiáspóricas, especialmente a população negra brasileira” (Bernardino-Costa; Maldonado-Torres; Grosfoguel, 2020 p. 9). Assim, mencionam em sua obra, diversas formas de resistência localizadas em outro tempo-espço, conforme explicam:

Optamos por um sentido amplo, que abarca a longa tradição de resistência das populações negras e indígenas, e, posteriormente, daqueles que Frantz Fanon (2005) nomeou como condenados da terra. Isso não significa que não lançaremos mão de alguns conceitos explicitados por determinados autores do grupo de investigação; contudo, ao fazê-lo, pretendemos explicitar ideias, intervenções e elaborações presentes também na tradição do pensamento negro (Bernardino-Costa; Maldonado-Torres; Grosfoguel, 2020 p. 9-10).

Na intenção de enfatizar a luta política da pluralidade dos povos, principalmente da população afrodiáspórica, o autor destaca o rol de intelectuais e ativistas cuja compatibilidade de ideais permite um alinhamento com a perspectiva decolonial, nesse rol estão: Luiz Gama, Maria Firmina dos Reis, José do Patrocínio, Abdias do Nascimento, Guerreiro Ramos, Lélia Gonzalez, Beatriz do Nascimento, Eduardo de Oliveira e Oliveira, Clóvis Moura, Sueli Carneiro, Frantz Fanon, Césaire, Du Bois, C. L. R. James, Oliver Cox, Angela Y. Davis, bell hooks, Patricia Hill Collins, etc.

O M/C, grupo que promoveu o giro epistemológico, teceu conceitos relevantes para pensar e repensar a modernidade, identidade e constituição da América Latina (ou América-Ladina), como a noção clássica de colonialidade do poder, saber e do ser. Um aspecto pungente desse coletivo é a escassa abordagem do gênero e suas teorizações. María Lugones (2014) vai ao encontro dessa questão ao tratar da colonialidade de gênero. Esta noção desenvolvida pela autora acrescenta uma vertente às manifestações da colonialidade, preenchendo uma lacuna acerca das relações de gênero — pouco explanada nos primórdios dos estudos decoloniais (Quintero; Figueira; Elizalde, 2019).

Segundo Lugones, o advento da modernidade fundada na exploração colonial deixou de fora algumas categorias de indivíduos. Para ela, os sujeitos colonizados estariam fora da categoria de humanos, já que esta é uma qualidade branca, sobretudo as mulheres negras e indígenas, que teriam, além da raça, o fator gênero interseccionando o sistema de opressões. Propõe, assim, um feminismo decolonial à

medida que venham a ser contempladas as questões de classe e raça (Lugones, 2014).

Um feminismo que se propõe decolonial segue a lógica do movimento que busca romper com o empreendimento colonial dentro das esferas do ser, do poder e do saber. É atinente às relações de poder instauradas pela dominação colonial fundadora da modernidade - como visto, e reatualizada no colonialismo, com ênfase nos atravessamentos da cultura, gênero e raça. O movimento, não apenas teórico, ecoa do sul global, cuja colonização imperou por séculos. Esse conjunto de expoentes abarca pessoas mestiças, negras, lésbicas, indígenas, dentre outras, tendo em vista esse atravessamento.

É desse lugar simbólico que Gloria Anzaldúa (2016), nascida na fronteira do México com Estados Unidos, tece sua teoria sobre fronteira. Subvertendo a separação dualista de povos e territórios, seu pensamento fronteiro nasce a partir da experiência singular de viver em espaços territoriais e culturais limítrofes, onde aparentemente os tensionamentos seriam mais visíveis, dando lugar para a fluidez, contradições e ambiguidades singulares, a partir da experiência local, cujo pertencimento a uma cultura bilíngue “desafiam a ideia de uma presumida originalidade e pureza das diversas culturas, conclamando a identidade cultural como identidade híbrida, sempre na fronteira entre coisas e mundos” (Chiara; Baggio, 2021, p. 183). Nas palavras desta autora, “O pensamento de Anzaldúa é profundamente decolonial ao recusar o terrorismo cultural imposto pela cultura branca estadunidense e ao denunciar o estado de esquizofrenia identitária ao qual o colonizador constringe o colonizado” (Chiara; Baggio, 2021, p. 185).

Nessa lógica, o sistema moderno/colonial de gênero é dicotômico e não considera outras configurações. Sendo assim, Oyèrónké Oyěwùmí (2004) aponta que a empreitada colonial impôs um sistema hierárquico de gênero às sociedades cuja organização não se assentava nestas categorias, a exemplo da comunidade Yorubá. A autora ressalta, ainda, como as pesquisas podem estar embebidas da influência colonial ao importar modelos europeus para contextos africanos, tal qual a categoria "patriarcado", tomada como conceito universal que representa a dominação das mulheres pelos homens. Ela considera que as estruturas de sociedades como a Yorubá tomam outros critérios para sua organização hierárquica, que não o gênero. Assim, a parentalidade ou senioridade coloca-se como mais importante no estabelecimento dessas relações. Outras autoras, contudo, consideram que já havia

entre os povos originários e comunidades tribais relações desiguais de gênero, o que Rita Segatto chama de "patriarcado de baixa intensidade" (Segatto, 2012). Nesse sentido, a autora argumenta, com base em fontes diversas, que existiam

...estruturas reconhecíveis de diferença semelhantes ao que chamamos relações de gênero na modernidade, que incluem hierarquias claras de prestígio entre a masculinidade e a feminilidade, representados por figuras que podem ser entendidas como homens e mulheres. Apesar do caráter reconhecível das posições de gênero, nesse mundo são mais frequentes as aberturas ao trânsito e à circulação entre essas posições que se encontram interditas em seu equivalente moderno ocidental (Segatto, 2012, p. 117).

Tendo apresentado brevemente os principais conceitos relacionados à "analítica da coloniedade/decolonialidade" (Maldonado-Torres, 2020), é preciso considerar que esses elementos produzem efeitos no modo como organizamos ontológica/epistemológica e metodologicamente nossos estudos. Reconhecer as relações de poder às quais fomos/somos submetidos, nos convoca a olhar a perspectiva adotada no estudo. É também uma oportunidade de marcar um lugar de enunciação, o qual foi negado à América colonizada. E ainda, promover e nos valer de metodologias pertinentes à realidade do campo de investigação e matriz epistemológica. Nesse sentido, o trabalho de Dulci e Malheiros (2021) é farto de contribuições no que se refere à pesquisa decolonial, pois fornece elementos para pensar o tripé da colonialidade do ser, poder e saber no exercício de pesquisar. A autora adverte-nos quanto ao caráter colonizador de uma pesquisa e aponta que o primeiro passo para decolonizar é reconhecer esse viés. Para tanto, evoca dois conceitos sobre cultura explorados pela autora Catherine Walsh (2009): multiculturalismo e interculturalidade. O primeiro, ligado a uma noção de reconhecimento e tolerância à diferença, coloca culturas distintas no lugar do exótico e, por que não, do subalterno, portanto, trata-se de uma relação hierarquizada. O interculturalismo, por sua vez, entende outras culturas como portadoras de um saber intercambiável. Desse modo, é uma noção que vai em direção inversa à colonialidade do saber.

Um exemplo prático dessa noção de horizontalidade é o "Encontro de saberes", projeto desenvolvido inicialmente na Universidade de Brasília (UNB) e replicado em diversas universidades, inclusive fora do país. A proposta consiste em integrar o conhecimento de indivíduos externos ao contexto universitário, promovendo o intercâmbio de saberes.

A partir do Encontro de Saberes, a validação da ciência fica mais rica com mestres e mestras afro-brasileiros e indígenas, que não se situam

necessariamente dentro dessa lógica racionalizada que constituiu a universidade ocidental moderna dos últimos duzentos anos. Daí a fertilidade do diálogo interepistêmico gerado nas aulas entre os mestres, os estudantes e os professores parceiros. Trata-se de fazer conviver princípios diferentes de acesso ao conhecimento, sem ter que reduzir uns nos termos dos outros, porém mantendo a tensão criativa e aberta ao novo da tradução entre princípios epistêmicos distintos, mutuamente excludentes e até mutuamente irreduzíveis (Carvalho, 2020, p. 100).

Assim, a perspectiva decolonial se consolida na ação. Outra noção importante para pensar as metodologias de pesquisa é a ideia de pensamento abissal de Santos (2007), a partir do qual ele sugere que o conhecimento é dividido linearmente entre visíveis e invisíveis, representando a relação colonizador/colonizado. A parte do conhecimento visível é tornada universal, ignorando as demais fontes de saberes. A tentativa de superação desta dicotomia dar-se-ia através do pensamento pós-abissal, o qual parte do reconhecimento desta divisão e busca superá-la, rompendo radicalmente com “as formas de pensamento e ação da modernidade ocidental” (Santos, 2007, p. 85). Nesse sentido, preza pela conjuntura ecológica da pluralidade de saberes e “se baseia na ideia de que o conhecimento é interconhecimento” (Santos, 2007, p. 85).

Desse modo, uma pesquisa que se propõe decolonial pode trazer elementos que ampliam categorias ontológicas para além das tradicionalmente instituídas. O esquema exemplificativo apresentado por Martins e Benzaquen (2017) sugere caminhos para efetuar a decolonialidade dentro das três principais esferas: ser, poder e saber (Figura 1). Esta matriz revela-se útil na medida em que parte de princípios básicos das perspectivas decoloniais, materializando as formas pelas quais esses princípios se tornam operantes na realidade pesquisada (Martins; Benzaquen, 2017).

Figura 1 – Operacionalização da matriz metodológica segundo Martins e Benzaquen (2017)

<i>Categorias Ontológicas</i>	<i>Marcadores de Colonialidade</i>	<i>Marcadores de Descolonialidade</i>
<i>Saber</i>	Eurocentrismo Neutralidade do saber Hegemonia de um saber específico	Questionamento do eurocentrismo Saberes contextualizados e incorporados Conjugação de diferentes saberes no sentido de melhor informar uma prática transformadora
<i>Poder</i>	Autoritarismo Individualismo	Práticas de democracia radical interna e externa (redes, articulações) Solidariedade
<i>Ser</i>	Identities que fixam e subjugam Multiculturalismo (tolerância da diferença) Primazia de um ator para fazer a transformação social	Identities que descolonizam o ser Interculturalidade (respeito a diferença) Ampliação do conceito de sujeito contra-hegemônico

Fonte: Martins; Benzaquen, 2017, p. 27

Além disso, atuar deste lugar sinaliza uma posição contra-hegemônica, que coloca em evidência o antagonismo de perspectivas, como; Norte-Sul, centro-periferia, colonizador-colonizado, dentre outros. Nesse sentido:

A matriz funciona para pesquisas que estão atentas à heterogeneidade do mundo, mas que também conseguem, pelo menos para fins analíticos e práticos, realçar a dicotomia entre os que defendem o *status quo* e os que almejam por outros mundos possíveis (Martins; Benzaquen, 2017, p. 26).

Nesse caminho, o percurso da presente pesquisa tem buscado contemplar essas dimensões em cada fase de execução. O próprio interesse pelo tema de investigação surge a partir de uma realidade experienciada no contexto de trabalho da pesquisadora, aliado a outras vivências formativas. Parte também da perturbadora conjuntura de expressão de uma desigualdade, que vitimiza mulheres nas esferas de sua existência e nos interroga a nível individual, coletivo e institucional.

Além dos mencionados índices que demonstram a persistência de casos de VCM no país, incluindo assim, a cidade de Guarapuava, outro item também aparece como plano de fundo: as notificações de violência. O compilado de notificações do SINAN fornece um panorama dos casos de violências no território a partir do registro

de dados alimentados pelos estabelecimentos de saúde. Ao consultarmos este banco de dados que agrega as notificações de agravos, constam, no município paranaense, 73 notificações de VCM referentes ao ano de 2021. Já em 2022, foram notificadas 148 ocorrências. Neste mesmo ano, foram atendidas no serviço especializado do CRAM 1.752 mulheres, além destas, 918 tiveram contato com o serviço pela primeira vez, conforme mostra o relatório anual da SPPM (SPPM, 2023). O Relatório Anual da Violência contra Meninas e Mulheres no Paraná (RAVMM/PR) (Polícia Civil do Paraná, 2022) aponta crescimento exponencial do registro de crimes dessa natureza em Guarapuava. No período de 2019 a 2021, a Delegacia Especializada registrou 6.102 crimes de violência doméstica e familiar. Conforme efetuamos o cruzamento dessas informações, notamos uma discrepância entre estes índices, o que não necessariamente indica a descontinuidade de um serviço, mas aponta para uma invisibilização dessas ocorrências no campo da saúde (Pedrosa; Zanello, 2017).

Nesse sentido, o SINAN se coloca como um instrumento fundamental para dimensionar a amplitude da VCM e caracterizar o fenômeno. Isto é, para além dos números, os campos da ficha de notificação permitem apontar as vulnerabilidades às quais mulheres estão expostas, traçar o perfil de grupo e território afetados. Carvalho, Laguardia e Deslandes (2022) apontam que há diversas leituras que podemos fazer a partir de um sistema de informações, já que este não é neutro. Assim, omissões ou privilégios de determinadas categorias utilizadas para seu preenchimento trazem mais do que informações estatísticas. Diante desse potencial para retratar a realidade dos casos, o compartilhamento de informações entre os entes que compõem a rede pode se efetivar como uma resposta à fragmentação do sistema de informações, cujas fontes frequentemente se apresentam desconectadas. Como efeito deste descompasso, ocorre a desarticulação das ações de enfrentamento e de cuidado.

Direcionada pela necessidade de integrar a base de dados dos órgãos que atendem mulheres em situação de violência, a Lei nº 14.232 foi recentemente promulgada e instituiu a Política Nacional de Dados e Informações relacionadas à Violência contra as Mulheres (PNAINFO) (Brasil, 2021), tendo como um de seus objetivos “padronizar, integrar e disponibilizar os indicadores das bases de dados dos organismos de políticas para as mulheres, dos órgãos da saúde, da assistência social, da segurança pública e do sistema de justiça, entre outros” (Brasil, 2021). De modo complementar, o Projeto de Lei (PL) 2.669/2023 altera a mencionada legislação, ao incluir o Violentômetro, cuja estratégia comunicativa visa auxiliar à mulher na

identificação de sinais de violência que pode estar vivenciando. Rodovalho (2022, p. 19) aponta que, para a obtenção de dados qualificados, é necessária a integração do trabalho em rede,

oferecendo serviços de qualidade, encorajando as mulheres a buscarem ajuda e contribuindo, assim, para a redução da subnotificação dos casos e a produção de dados de violência de qualidade, é preciso que se façam investimentos em ferramentas de dados, treinamento de pessoal para registro adequado, qualificação da rede para diagnóstico e padronização dos dados.

A partir dessas considerações, o movimento de concretização da pesquisa foi através do contato com a gestão do município. Por meio do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (DGTES), foi formalizada a apresentação do projeto e pedido de execução. O documento foi enviado ao referido departamento da prefeitura explicitando as pretensões da investigação. Em seguida, o órgão emitiu uma carta de aceite, contendo autorização para desenvolver o estudo, a qual foi anexada à submissão do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP), através da Plataforma Brasil. Esta etapa consiste em um momento relevante da pesquisa, em que o percurso de investigação pretendido encontra-se delineado no projeto. Por outro lado, investigações com viés qualitativo, sobretudo as que se inscrevem em uma perspectiva oposta a paradigmas dominantes, são convocadas a responder desse lugar objetivo da ciência, em que a previsibilidade e objetividade regem a metodologia. Reivindicar a abertura para novos modelos não se traduz em menos rigor científico, trata-se de adequar as plataformas para o que já ocorre no campo científico: o reconhecimento da insuficiência de um único molde para dar conta da complexidade dos objetos no campo da pesquisa.

Nesse sentido, observamos, em nosso caso, a necessidade de expandir o alcance dos instrumentos normativos que regem as pesquisas, principalmente as ditas qualitativas. Um exemplo diz respeito à delimitação *a priori* da quantidade de participantes que se pretende alcançar com a pesquisa. Nosso campo de pesquisa não possibilitava essa definição, afinal dependíamos da disponibilidade de participantes que são, antes de qualquer coisa, trabalhadores/as da área de saúde, com todos os predicativos que esse lugar implica em termos de precarização. Assim, a delimitação prévia de um quantitativo de participantes não foi estimada objetivamente conforme requerem modelos cartesianos. Colocamos na plataforma um número mínimo de participantes para a execução da pesquisa (10). Todavia, o resultado final superou a quantidade pré-estipulada, já que o número alcançado de

participantes chegou a 87 pessoas. Dentre o público alvo, participaram todos que tiveram contato com a pesquisa e manifestaram interesse e disponibilidade. Poderíamos ter sorteado dentre os interessados, definido uma amostra, como requerem os modelos positivistas de investigação. Contudo, uma vez que a pesquisa mobiliza saberes em relação a uma prática inerente aos/às profissionais da área da saúde (prática essa comprovadamente, pelos estudos prévios levantados, não efetivada por diversos motivos), foi uma decisão ética ouvi-los e informá-los acerca do que a pesquisa tratava. Tal decisão foi tomada pelo fato de considerarmos que o estudo possui um caráter interventivo, uma vez que alguns dos efeitos do contato com a temática são a reflexão na práxis do trabalho e engajamento após apropriar-se do tema. Esse efeito aparece na fala dos participantes, como mostraremos no capítulo posterior de análise.

O momento que antecedeu a imersão em campo foi marcado pelo aprofundamento teórico/prático/interventivo mediado pelo ingresso no grupo de Estudos Decoloniais, o qual, ao longo do ano de 2022, me ajudou a refletir sobre as metodologias decoloniais. Deu-se também no contexto da APS por meio da extensão universitária "Identificação e notificação de violência contra as mulheres na atenção básica". A atividade foi desenvolvida em unidades de saúde do município de Irati-PR, tendo em vista o processo de educação permanente na saúde. Os encontros envolveram profissionais de saúde, cujo compromisso é efetuar a notificação. A proposta da atividade objetivou discutir questões em torno da notificação de violência, preenchimento da ficha do SINAN. Nessas atividades formativas e informativas, os/as profissionais compartilharam experiências e expuseram algumas dúvidas.

A extensão promoveu uma troca significativa por revelar experiências dos/as profissionais, promovendo assim a aproximação da pesquisadora com o cenário de investigação, ao passo que acreditamos ter contribuído com estes trabalhadores ao suscitar reflexões sobre seu campo de trabalho. Por essa natureza intercambiável da pesquisa em curso, buscamos fornecer uma devolutiva ao serviço através da elaboração de um material que pudesse sintetizar dados da literatura. Assim, a proposição de uma cartilha, produzida a partir da experiência da pesquisa, viria a contribuir com a formação das equipes de trabalho em Guarapuava. Esse material, sobre o qual detalharemos melhor no final do Capítulo 3 foi construído em parceria com o Grupo de Estudos "Laboratório Mulheres, Discursividades e Resistência" (Grupo de pesquisa vinculado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e

Tecnológico [CNPq]), sob coordenação da orientadora deste trabalho, e que conta com equipe interdisciplinar, composta por profissionais e estudantes de psicologia, história, direito e engenharia ambiental.

Nesse íterim, foi realizada uma entrevista piloto com uma profissional da saúde de Irati, indicada por uma integrante do grupo da extensão, a fim de ajustar o roteiro e avaliar sua adequação. O itinerário das perguntas foi construído com a finalidade de ter contemplados os temas a serem abordados, ao passo que pudesse abarcar de modo amplo a experiência e fala de cada participante. Assim, foi estruturado em blocos temáticos, a saber:

O primeiro momento foi reservado à apresentação do/a profissional, em que caberia trazer dados como idade, formação e titulação, percurso de atuação profissional, dentre outros. Na segunda parte, é aprofundado o tema central da violência, em que o/a entrevistado/a é convidado a discorrer sobre sua compreensão sobre a temática, principalmente em relação à VCM.

Após esta abordagem, seguimos com questões relacionadas à atuação profissional, fase em que se busca trazer as experiências no atendimento a mulheres em situação de violência e até situações hipotéticas, caso não tivesse ocorrido experiência neste sentido, além de serem convidados a identificar sinais explícitos e implícitos que evidenciam que uma mulher sofre violência e como estas manifestações podem ser percebidas no estabelecimento de saúde. Entrar em contato com estas questões faz com que o/a profissional faça uma prospecção sobre sua práxis, rememorando situações vividas e visualizando possíveis desfechos a partir da experiência que possui.

Em seguida, adentramos no papel da instituição no que se refere às iniciativas para identificar a VCM, o manejo situacional e o fluxo de encaminhamento, momento em que pode ser abordado mais profundamente o trabalho em rede e o conhecimento dos dispositivos de enfrentamento à VCM. Ainda, o último bloco trata do ato de notificar, por meio do SINAN, buscando investigar se o/a profissional realiza a notificação e qual o papel institucional em relação à prática e difusão do ato de notificar. Além disso, é apresentada uma questão crucial: quais são os desafios e limitadores para a prática da notificação de violência. Cabe mencionar ainda, o espaço em aberto para trazer algo que não foi perguntado. Salientamos que a estruturação das perguntas buscou ser menos um questionário engessado e mais de um guia norteador, pois o percurso temático nem sempre seguia esta ordem. Tendo

contempladas as etapas anteriores de contato com o setor responsável pela autorização da pesquisa e parecer favorável do COMEP, a imersão em campo ocorre pela circulação no território das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e contato com trabalhadores/as da saúde, cuja caracterização detalhada será retomada no Capítulo 3.

A fim de situarmos um pouco melhor o campo da pesquisa e a produção existente relacionada ao tema, no próximo capítulo, abordaremos o tema da violência pela perspectiva da saúde pública, passando pela evolução histórica das políticas públicas e principais marcos que vieram a compor o enfrentamento à VCM.

CAPÍTULO 2

VIOLÊNCIA E SAÚDE: MARCADORES DO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES E O PAPEL DOS/AS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O caráter multidimensional da violência confere a esse fenômeno uma acentuada complexidade, a qual requer que ele seja abordado por óticas distintas. Sendo uma manifestação abundante na sociedade, a violência pode ser entendida, segundo Cecília Minayo, como “ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual” (Minayo, 1997 p.14). Sendo assim, ela passou a ser compreendida como uma demanda carente de intervenção da saúde pública, tendo em vista seu impacto nas populações.

A inclusão dessa pauta na agenda de enfrentamento das organizações de saúde ocorreu de modo gradual, e o Brasil seguiu preceitos de órgãos internacionais movimentados em prol dessa problemática. Em 1993, a prevenção a traumas e acidentes foi o tema do Dia Mundial da Saúde⁷, partindo do reconhecimento do impacto da violência na mortalidade da população mundial. No entanto, predominava a noção do modelo biomédico (colonial/lugar do saber) restrito a ações curativas dos danos, incluía também uma categorização generalista de “causas externas” segundo o Manual Internacional de Doenças (CID), na qual as ocorrências eram atribuídas, sem que houvesse uma contextualização mais aprofundada. Já ano seguinte, foi promovida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) um encontro que reuniu autoridades na área das Américas e especialistas para debater o tema (Minayo, 2006).

No cenário brasileiro, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), no intuito de orientar os serviços de saúde na atuação face a acidentes e violência. Esse

⁷ Criado pela OMS em 7 de abril de 1948. A cada ano, um problema de saúde é escolhido como tema para discussão e pauta alvo de ações que visam impactar a saúde da população.

documento regulatório emite diretrizes e institui responsabilidades que contemplam os campos da prevenção e promoção de saúde (Brasil, 2005).

Em 2002, é divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, apresentando perspectivas inéditas. Nele, é reconhecido o alcance global do problema, ao passo que amplia seu entendimento ao propor novas abordagens, também passa a contemplar outras variáveis como gênero e raça/etnia, além da reconhecida desigualdade socioeconômica (Schraiber; D'Oliveira; Couto, 2006). Assim, vemos que é apenas há pouco mais de duas décadas que o olhar da saúde se volta para esses determinantes.

As políticas públicas direcionadas às mulheres no Brasil são oriundas de lutas travadas pelo movimento feminista e outros segmentos sociais, que denunciavam discriminações de gênero perpetuadas ao longo de séculos. Recorremos inicialmente à compreensão clássica de gênero conforme Joan Scott (1995), segundo a qual, trata-se de “um elemento constitutivo das relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos. O gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder” (Scott, 1995, p. 86). À medida em que aponta o aspecto social dessas relações, o conceito de gênero nos lembra o lugar de desvantagem ocupado pelas mulheres, as quais vivenciam iniquidades em diversos contextos. Em sua maioria, está enraizado em uma suposta superioridade — atrelada à ideia de masculino — em detrimento do feminino. Cabe destacar, entretanto, que essas relações desiguais não são dadas, mas construídas em um contexto de colonização, como já discutimos a partir de Lugones (2014) e Segatto (2012). Assim, uma das expressões dessa desigualdade ocorre por meio da violência.

Em termos cronológicos, o setor da Justiça foi o que primeiramente reconheceu a VCM como uma de suas pautas. Após uma efervescente agenda de movimentos de reivindicações internacionais, no final dos anos 70, o país passa a ser signatário da Convenção das Nações Unidas Sobre Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, em 1981 (Martins; Cerqueira; Matos, 2015). Entretanto, é apenas a partir de 1994 que a violência contra as mulheres se torna crime. Diante disso, vem ser compreendida como questão de direitos humanos através da Convenção de Belém do Pará, que entende a VCM como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (Brasil, 1996). Desse tratado, estabeleceu-se a dimensão da violência de ordem “física, sexual e psicológica”, podendo ocorrer no

âmbito da família ou ambiente doméstico, na comunidade ou ser cometida pelo Estado.

Não obstante ao próprio reconhecimento do Estado enquanto possível agente de violência, não se pode perder de vista o quanto que a sua estruturação é forjada a partir de atos violentos, que também se vale dele como mecanismo de poder auxiliar para manutenção e controle dos povos. Assim, a organização estatal assume um papel de regulação perante as idiosincrasias do sistema de violência que ele retroalimenta. Conforme ilustra Françoise Vergès: “Ele bate com uma mão e com a outra tenta cooptar” (Vergès, 20120, p. 25).

A inclusão do combate à VCM no rol de direitos humanos traz uma garantia estatal às mulheres, a fim de que não tenham seus corpos/psiquê violentados. Isso se dá a partir de um reconhecimento tardio de humanidade, outrora negada para mulheres racializadas e exploradas e pelo posicionamento inferiorizado de mulheres não-brancas perante o homem branco, considerado o outro universal.

A percepção da VCM enquanto inerente ao campo da saúde é posterior às primeiras políticas de combate à violência contra crianças e idosos (Minayo, 2006, p. 1261) e teve impulsionamento dos movimentos feministas, conforme vemos a seguir:

A introdução da violência contra a mulher na agenda da área da saúde ocorreu pelo protagonismo do movimento feminista. Com uma estratégia voltada para criar consciência de gênero nos mais diferentes ambientes e instituições, esse movimento pressionou e pressiona o setor saúde para que atue ativamente e dê respostas concretas, não apenas para o tratamento das lesões e traumas provenientes da violência, mas também para agir nas causas, por meio de uma pauta positiva de ações. Foram endereçadas à área de saúde as mais diferentes problemáticas que afetam a vida e a integridade das mulheres, como agressões conjugais, mutilações, abusos sexuais, físicos e psicológicos, homicídios e uma série de sintomas físicos e psicossomáticos associados à violência de gênero.

No caminho da instrumentalização legal dos setores de saúde face à VCM, é emitida a Portaria do Ministério da Saúde Gabinete do Ministro (MS/GM) nº 2.406/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, responsável por estabelecer a notificação compulsória, no território nacional, de casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados. Tal atribuição, incumbida ao/à profissional de saúde, consiste em ato de comunicação às autoridades sanitárias de casos suspeitos (acrescentado pela Lei nº 13.931/2019) ou confirmados de violência contra as mulheres. E tem por finalidade gerar dados epidemiológicos e nortear o enfrentamento dessa problemática via políticas públicas. A fim de atender à norma de monitorar as ocorrências de acidentes e violências,

instituída na PNRMAV, é criado, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), cujo objetivo é:

sistematizar, coletar e disseminar dados que permitam conhecer a magnitude e a gravidade das violências e acidentes no Brasil, bem como fornecer subsídios para definição de políticas públicas, estratégias e ações de intervenção, prevenção, atenção e proteção às pessoas em situação de violência (Brasil, 2022).

De modo complementar, a Nota Técnica 62/2022 editada pelo Ministério da Saúde reforça que:

A notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas constitui-se como um instrumento de vigilância em saúde, de atenção e de garantia de direitos. Por meio das informações coletadas pelas notificações é possível conhecer a magnitude e o perfil desses eventos, de modo a orientar o desenvolvimento de intervenções e políticas públicas de saúde para o enfrentamento das violências e de suas consequências à saúde da população. A notificação deve, ainda, ser utilizada como instrumento deflagrador do cuidado integral à pessoa em situação de violência (Brasil, 2022).

Este documento reitera as orientações para a notificação de violência e agravos, assim como instrui para o preenchimento da ficha do SINAN, com especial atenção ao prazo, fluxo das notificações e uso do nome social, que geralmente são campos que suscitam dúvidas nos/as profissionais. Notificar as ocorrências se tornou mais ainda um imperativo no contexto da pandemia, dada a limitação do acesso aos serviços de saúde e o risco para a mulher que precisou, durante período de isolamento social, compartilhar o domicílio com o autor da violência.

Aliada a esses dispositivos, a Lei nº 11.340/2006, nomeada como Lei Maria da Penha (LMP) (Brasil, 2006) constitui um marco regulador no que se refere ao enfrentamento da violência contra as mulheres. Este crime era considerado de menor magnitude segundo a Lei dos Juizados Especiais (Brasil, 1995), conduzindo para uma resolução rápida do conflito ao prever conciliações e penas alternativas para o autor da violência, o que reforçava a ideia de impunidade (Barsted, 2012).

A tipificação da violência é aludida na LMP como sendo de ordem: Física: qualquer ação que venha afetar a integridade física e/ou corporal; Psicológica: ação que venha causar dano emocional, prejuízo à saúde psicológica, diminuição da autoestima, perturbação do pleno desenvolvimento, controle, limitação do direito de ir e vir; Moral: ação de calúnia, injúria e difamação; Sexual: qualquer ação por meio de intimidação, ameaça, coação ou uso da força que leve a constrangimento, a manter ou a participar de relação sexual não desejada; ou induza a comercializar sua sexualidade; ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos; Patrimonial:

ação que retenção, subtração, destruição parcial ou total dos pertences da vítima ou ações que impeçam o acesso da vítima à renda.

A referida legislação também assinala a integralidade como questão norteadora do atendimento à mulher, enfatizando o envolvimento dos entes federativos, instâncias governamentais e não governamentais. Nesse sentido, vai ao encontro das normativas da OMS, que apontam o papel crucial dos serviços de saúde diante dos casos de violência, atuando na identificação, intervenção, encaminhamento e acompanhamento (WHO, 2013). Desse modo, uma política na área de violência contra as mulheres exige uma atuação conjunta para o enfrentamento do problema, que envolva diversos setores “(...) no sentido de dar conta da complexidade da violência contra as mulheres e de garantir a integralidade do atendimento àquelas que vivenciam tal situação” (Brasil, 2011b, p. 21).

Tendo em vista o exposto papel dos serviços de saúde no enfrentamento à VCM, assinalamos que a Atenção Básica representa uma porta de entrada para o SUS, com destaque para sua atuação de modo intersetorial, sob princípios que facilitam o estreito contato com a comunidade. Conforme suas diretrizes, expressas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): “possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade” (Brasil, 2017).

Ademais, sob a perspectiva da clínica ampliada, as demandas da população podem ser investigadas profundamente, obtendo mais precisão na condução dos casos. Tal potencialidade é expressa na diretriz da PNAB pela capacidade de “construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais” (Brasil, 2017).

Trazemos ao cerne desta explanação, os/as agentes que compõem os estabelecimentos da saúde. Embora não seja recente a difusão e obrigatoriedade da notificação, há uma lacuna, que demonstra que a notificação que chega ao sistema não reflete os dados reais de violência. Nesse ínterim, além da habilidade técnica do/a profissional de saúde em realizar o atendimento, é requerida também capacitação e conhecimento acerca da violência para subsidiar a prática da notificação. Assim, estudos têm buscado compreender as razões que limitam a prática profissional nesse sentido. Conforme Castanha, Lima e Pecoraro (2022), as ações de erradicação da

VCM na atenção básica são comprometidas pela subnotificação e subutilização dos recursos preventivos, por razões múltiplas: pelo fato de a situação passar despercebida nos atendimentos, primazia do modelo biomédico, falta de formação, dentre outras. Para Campos e Almeida (2017), as crenças e estereótipos de gênero da sociedade repercutem negativamente nos índices de notificação.

Sebaldeli, Ignotti e Hartwig (2021) apontam que a invisibilização da violência dificulta práticas de cuidado em saúde:

Uma das dificuldades da inclusão da violência nos serviços de saúde se associa à invisibilidade do fenômeno pelos profissionais de saúde, uma vez que se o problema não existe ele não se coloca como problemática geradora de práticas de saúde (Sebaldeli; Ignotti e Hartwig, 2021 p. 3).

Este mesmo estudo realizou o cruzamento de registros de violência efetuados em uma Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) e no SINAN, e demonstrou significativa discrepância, apontando subnotificação e descompasso entre as áreas de saúde e justiça. Do levantamento de 296 registros de violência física ou sexual, 276 constam somente na delegacia e 15 apenas no SINAN. Esta problemática é também observada por Santos, Lourenço e Chimin Jr (2021), a partir do levantamento das notificações de violência, a qual se mostrou aquém dos números registrados no campo da segurança pública do município estudado.

É possível que questões como temor de exposição a riscos, medo de represálias por parte do autor da violência e quebra de sigilo podem estar associadas a falhas no processo de notificação. Esses elementos permeiam o imaginário dos/as trabalhadores/as e são fatores limitantes de suas ações. Em função disso, insta estabelecer a diferença existente entre comunicação externa e notificação, que é:

(...) interna ao sistema sanitário e possui como finalidade básica obter dados estatísticos para construir políticas públicas de vigilância epidemiológica, a comunicação externa é, como o próprio nome indica, para fora do sistema sanitário, com a finalidade de desencadear medidas concretas de proteção à vítima e de responsabilização do agressor (Ávila, 2017, p. 523).

Apresentada essa diferença, cabe questionar até que ponto os treinamentos vêm sendo efetivados nos serviços de saúde, qual o nível de compreensão das dimensões da violência por parte dos/as profissionais e se, de fato, compreendem a diferença entre as duas práticas. Por fim, é preciso que a equipe tenha em seu horizonte a real importância da notificação, para que passe a incorporá-la à sua dinâmica de trabalho. Assim, os índices gerados poderão ser revertidos em ações direcionadas às mulheres acometidas pela violência.

Tendo em vista a problemática traduzida, buscar compreender como tem sido a atuação dos/as profissionais de saúde diante dos casos de violência torna-se uma ferramenta primordial para identificar possíveis dificuldades para a notificação. Para tanto, partimos inicialmente de uma revisão da literatura, guiando-nos pelo seguinte questionamento: como a identificação e notificação de violência contra a mulher vem sendo incorporada no cotidiano dos/as profissionais de saúde? A pergunta procurou ser respondida por meio da produção acadêmica disponível, o que será apresentado no tópico metodológico a seguir.

2.1 METODOLOGIA PARA CONSTRUÇÃO DA REVISÃO DE LITERATURA

Realizamos um estudo bibliográfico do tipo revisão integrativa da literatura. Segundo Botelho, Cunha e Macedo, (2011, p. 123), a revisão “é um primeiro passo para a construção do conhecimento científico, pois é através desse processo que novas teorias surgem, bem como são reconhecidas lacunas e oportunidades para o surgimento de pesquisas num assunto específico”. Esta modalidade de estudo abarca distintos formatos, desde a busca em acervos e fontes variadas que são referência em determinado campo de estudo, técnica denominada revisão narrativa, ou pode partir de um modelo estruturado em etapas que permitam a replicabilidade do método. Esta última definição corresponde à revisão sistemática (Botelho; Cunha; Macedo, 2011). Dentre as subdivisões, elegemos a revisão sistemática do tipo integrativa. Ela fornece o estado da arte sobre o tema e amplia sua compreensão, partir do levantamento de estudos que utilizam métodos diversos, sendo possível apontar lacunas de pesquisa. Os autores trazem, ainda, que ela consiste em sumarizar as ideias em torno de um tema específico, orientado por uma pergunta, analisar e extrair conclusões. Esta análise pode ser feita de modo narrativo.

Baseadas nestas orientações, avançamos nas etapas sequenciais. Após a delimitação do tema de pesquisa, buscamos responder à pergunta: como a identificação e notificação de violência contra a mulher vem sendo incorporada no cotidiano dos/as profissionais de saúde? Adotamos os seguintes descritores:

“violência contra a mulher”, “profissionais de saúde” e “notificação”, para rastrear no título, resumo e assunto, as publicações divulgadas no período de 2006 a 2022. Decidimos partir do ano de publicação da LMP por entender que este se constitui como um marco, no que se refere ao tema da violência contra as mulheres no Brasil, compreendendo que poderia fomentar discussões dentro da área da saúde.

Foram eleitas para busca as plataformas eletrônicas *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Esta última inclui bases de dados em sua busca, como a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), Coleção SUS e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE).

Definimos como critério de inclusão publicações com texto completo disponível, que discutem a atuação dos/as profissionais em casos de violência contra a mulher e a prática da notificação. Após acessar o acervo, foram lidos o título, o resumo e as palavras-chave de cada produção. Em seguida, esta seleção foi compilada em uma planilha contendo título, revista e ano de publicação, autores/as, objetivos, participantes, cenário e metodologia. Nesta fase, foram encontradas 51 publicações, sendo 15 na SCIELO e 36 na BVS, cuja distribuição nesta plataforma ocorreu em base de dados distintas. A maioria delas (25) foi encontrada na LILACS e BDENF. Foram excluídas as teses e dissertações, revisões de literatura, estudos de mapeamento e trabalhos que abordam a violência contra outros grupos. Após esta fase, restaram 36 artigos. Após a remoção das duplicatas (todos os artigos encontrados na SCIELO estavam contidos em outra plataforma), obtivemos 17 para a leitura na íntegra. Deste quantitativo, 1 trabalho foi retirado por não corresponder aos critérios de inclusão pré-estabelecidos.

Na sequência, os 16 trabalhos foram analisados criticamente e tiveram seu conteúdo associado a categorias temáticas. Esta matriz de síntese é expressa na Tabela 1. Na sequência, os resultados foram discutidos de forma articulada com outras produções e apresentados em formato narrativo.

2.2 RESULTADOS DO LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

São objetos de análise e interlocução com a literatura, 16 artigos publicados no período de 2006 até 2022, após passarem pelas etapas de busca, identificação, seleção e leitura, conforme ilustrado no Quadro 1.

Quadro 1 – Artigos selecionados para revisão bibliográfica

Título	Autores (Ano)	Método
[1] Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero;	Vieira <i>et al.</i> (2009)	PQL
[2] Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde;	Kind <i>et al.</i> (2013)	AM
[3] Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?	Baraldi <i>et al.</i> (2012)	PQT
[4] Enfrentamento da violência conjugal no âmbito da estratégia saúde da família;	Gomes <i>et al.</i> (2014)	PQL
[5] Dificuldades de profissionais de saúde do Estado de São Paulo com o preenchimento da ficha de notificação compulsória dos casos de violência sexual contra mulheres;	Bento <i>et al.</i> (2014)	PQL
[6] Significados acerca da notificação da violência contra a mulher: estudo descritivo;	Cruz <i>et al.</i> (2015)	PQL
[7] Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual;	Sousa <i>et al.</i> (2015)	AM
[8] Formação profissional e notificação da violência contra a mulher;	Cordeiro <i>et al.</i> (2015)	PQL
[9] (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental;	Pedrosa; Zanello, (2017)	PQL

(continua)

Quadro 1 – Artigos selecionados para revisão bibliográfica

(conclusão)

Título	Autores (Ano)	Método
[10] Atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher;	Freitas <i>et al.</i> (2017)	PQL
[11] Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica;	Acosta <i>et al.</i> (2017)	PQL
[12] Percepção de profissionais de saúde sobre violência contra a mulher: estudo descritivo;	Machado <i>et al.</i> (2017)	PQL
[13] Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos;	Souza; Rezende, (2018)	PQL
[14] Violência de gênero: conhecimento e conduta dos profissionais da estratégia saúde da família;	Martins <i>et al.</i> (2018)	PQT
[15] Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação;	Leite; Fontanella, (2019)	PQL
[16] Violência doméstica à mulher: percepção e abordagem profissional na atenção básica na pandemia de COVID-19.	Odorcik <i>et al.</i> (2021)	PQL

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora (2022). Siglas: PQL: Pesquisa Qualitativa; AM: Abordagem Mista; PQT: Pesquisa Quantitativa

Os achados vão do período de 2009 a 2021 e encontram-se enumerados em ordem crescente. Pontuamos que a busca parte de 2006 e, neste ano e nos dois anos posteriores, não foram encontradas publicações dentro dos critérios estabelecidos. Os anos de 2015 e 2017 registraram os maiores índices de publicação. Já em 2008 e 2016 aparecem em menor número.

Quanto à metodologia utilizada, a maioria das pesquisas adotou o viés qualitativo (75%), enquanto 25% lançaram mão da abordagem quantitativa (12,5%) ou mista (12,5%). Predomina entre os trabalhos a utilização do recurso de entrevistas semiestruturadas para a coleta de dados e análise de conteúdo para tratamento dos dados coletados.

Parte significativa das pesquisas teve como campo de investigação o cenário da atenção primária (63%), demonstrando interesse em investigar a atuação dos/as profissionais operantes na porta de entrada no sistema de saúde em face de demandas relacionadas à violência contra as mulheres. Além disso, esse dado reforça o papel estratégico desse serviço no campo da prevenção. Na sequência, 13% dos estudos foram desenvolvidos em locais que atendem casos de violência sexual. Os demais foram igualmente distribuídos entre Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Hospital, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Rede de atendimento especializado em violência contra as mulheres.

Na condução do trabalho, optamos por elencar os principais temas extraídos dos artigos, sem prejuízo na inclusão de outros dados na discussão, conforme segue na Tabela 1.

Tabela 1 – Categorias analíticas

Categorias analíticas	Artigos
(Des)conhecimento sobre a violência	1, 3, 9, 11,14
Epidemiologia da violência no pré-natal	1, 3, 14
Dificuldades na identificação	8, 9, 10, 12, 13, 14
Invisibilidade da violência	1, 2, 3, 4
Notificação e denúncia	1, 2, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 14, 15
Preparo técnico e ausência de treinamentos	2, 5, 8, 9,11, 13, 15
(Des)conhecimento sobre a Lei Maria da Penha	1, 2, 9, 11, 12,14
Intersetorialidade e rede	4, 6, 16
Medicalização da violência	1, 3, 13, 14
Pandemia de COVID-19	16
Ficha de notificação extensa e subnotificação	5, 15
Dificuldade para obter informações para efetuar a notificação	7, 14
Sobrecarga de trabalho e subnotificação	2, 5, 6, 7, 15
Necessidade de formação continuada	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16
Inserção dos temas no currículo das Instituições de Ensino	3, 4, 6, 8, 12, 13, 16

Fonte: Elaborada pela autora (2023)

O conhecimento sobre a violência por parte dos/as profissionais, considerando que constitui saber imprescindível para sua atuação, esteve no objetivo de

investigação em diversos trabalhos [1, 3, 9, 11 e 14]. Estes buscaram avaliar o nível de compreensão dos participantes acerca do mencionado fenômeno. Destes, alguns descortinaram o desconhecimento da epidemiologia da violência na gestação [1, 3, 14].

Os artigos apontam que a falta de conhecimento aprofundado se traduz em dificuldades para reconhecer e identificar uma situação que envolve violência [8, 9, 10, 12, 13, 14], e uma dessas implicações é a invisibilidade do fenômeno [1, 2, 3, 4].

Além disso, a confusão conceitual entre notificação e denúncia é demonstrada por grande parte das investigações [1, 2, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 14, 15]. Profissionais apontaram dificuldades na compreensão da diferença entre notificação de violência e denúncia ou comunicação externa [9]. No estudo 11, houve desconhecimento da atribuição de notificar violência, associando à necessidade de efetivar boletim de ocorrência.

Semelhante equívoco foi constatado também em outro estudo [6] ao apresentar, em sua conclusão, a concepção de denúncia no mesmo sentido de notificação. Embora o contexto evidencie que se trata de questões diferentes, o uso da palavra, somado às noções disseminadas no senso comum acerca da dimensão público-privada de situações de violência doméstica, deu margem para ambiguidade:

O estudo evidenciou que os profissionais de saúde entendem a notificação da violência enquanto um procedimento obrigatório, que dá visibilidade ao agravo e orienta ações para o seu enfrentamento. Todavia, eles reconhecem que a denúncia não vem sendo uma prática no âmbito do município. Sinaliza-se, assim, a necessidade de compreender os motivos que levam os profissionais a não notificar a violência contra a mulher (Cruz *et al.*, 2015, p. 149).

A falta de preparo técnico e ausência de treinamento surgiram como fatores atrelados à subnotificação [2, 5, 8, 9, 11, 13, 15], conforme apontado a seguir no estudo 13:

Há carência com relação à formação profissional, tanto no decorrer da graduação quanto no momento de ingresso no serviço de saúde. Constatou-se que o trabalho com as mulheres em situação de violência é aprendido principalmente pela prática, pela experiência do cotidiano de trabalho. Essa realidade compromete o processo de notificação e o desenvolvimento de adequada agenda de ações no âmbito local (Souza; Rezende, 2018, p. 31).

Ainda, o estudo 14 correlacionou treinamento e conduta profissional, e constatou que “os profissionais que receberam capacitação em serviço reconheceram as situações de violência e as condutas a serem desenvolvidas” (Martins *et al.*, 2018,

p. 6). Nesse mesmo trabalho, os autores relatam que 40% dos/as profissionais apresentaram inconsistência em relação à execução da notificação.

Alguns estudos permitem averiguar a noção dos/as profissionais a respeito da LMP, assim como seus efeitos ao longo do tempo. Um levantamento de dados realizado no estudo 2, na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, verificou que houve aumento crescente de notificações a partir de 2006, quando foi promulgada a lei.

Já os trabalhos 1 (2009) e 14 (2018), utilizaram o mesmo instrumento estruturado de pesquisa, o qual se trata de um questionário adaptado de um estudo anterior (Vicente; Vieira, 2009). O fato de 18% dos/as profissionais discordarem que os agressores deveriam ser presos, constatado no primeiro estudo, foi associado à carência de conhecimento a respeito da lei, considerada recente pelos autores. Já o segundo trabalho apresenta uma redução de frequência nessa mesma afirmação (3,6%) e aponta concordância da maioria (92%), consoante ao que prevê a legislação cabível.

Em outras produções, foi apontado conhecimento superficial da referida lei [9, 11, 12] e sinalizada a importância da articulação intersetorial e conhecimento da rede para dispensar a adequada atenção aos casos identificados [4, 6, 16].

O tema da medicalização emergiu em alguns estudos [1, 3, 13, 14] e foi problematizado pelos autores, ao verificar tendência em reduzir a violência à esfera biomédica, desconsiderando-se outros fatores determinantes como aspectos sociais, econômicos, psíquicos, emocionais, etc.

Em publicação recente que abordou a pandemia de COVID-19 [16], foi consenso a percepção de agravamentos dos casos durante o período de isolamento. Constatou-se que estes mesmos profissionais necessitavam de sensibilização para o adequado acolhimento e notificação, sobretudo em um momento em que os esforços estavam todos voltados para os agravos decorrentes da pandemia.

Demais questões relevantes foram apontadas como empecilhos à notificação, dentre elas: a extensão da ficha [5, 15], dificuldade de obter informação ou abordar o tema com a mulher [7, 14] e a sobrecarga de trabalho [2, 5, 6, 7, 15].

Foram elencadas nos trabalhos alternativas às problemáticas apresentadas. Foi praticamente unânime eleger a formação continuada em serviço como estratégia principal de enfrentamento às dificuldades constituídas [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16]. Aliado a isso, defende-se a inserção dessa pauta nos currículos das instituições de formação de profissionais [3, 4, 6, 8, 12, 13, 16].

O estudo 15 sugere que a revisão da ficha de notificação pode simplificar o processo e trazer resultados em curto prazo. Propõe, ainda, investigar a permanência das dificuldades em notificar, por meio da pesquisa de permanências culturais e à luz da sociologia e antropologia das profissões.

2.3 DISCUSSÕES

A compulsoriedade da notificação de violência contra as mulheres não é uma atribuição nova na rotina dos/as profissionais de saúde. Contudo, há notória dificuldade que os acompanha desde a implementação desse procedimento. Para que algo seja notificado, antes precisa ser visto. É neste aspecto que se localiza uma das principais dificuldades: a identificação da violência. Nesse sentido, é imprescindível conhecer, além da sua definição, as situações que a ensejam.

Convém elucidar a tipologia de violência que embasa a notificação, uma vez que são abarcados, neste mesmo instrumento, contextos que vão além da violência doméstica. A classificação adotada na ficha de preenchimento segue a definição da OMS, com base nisso, são notificáveis qualquer ação ou omissão intencional que possa causar danos de ordem física, sexual, moral, psicológica, social, política, econômico ou patrimonial. Quanto aos agentes causadores do ato violento, dividem-se em violência autoprovocada ou autoinfligida, interpessoal (doméstica/intrafamiliar) e extrafamiliar/comunitária (Brasil, 2016). A falta de apropriação conceitual pode ser um dificultador para o registro das informações.

Vemos que a dimensão da violência apresenta contornos mais amplos. Parte daí a habilidade do profissional em perceber os sinais tácitos pois, raramente há comunicação explícita dos fatos, conforme trazem Castanha, Lima e Pecoraro (2022, p. 259-260):

Quando nos reportarmos a pensar essa demanda em saúde muitas vezes se torna um desafio, já que essa questão não adentra a Atenção Básica de forma escancarada, mas de outras formas e com outras queixas, muitas vezes por falta de preparo dos profissionais ou até mesmo pelo fato das mulheres que sofrem não compreenderem que vivenciam situações de violência.

Nesse quesito, a inabilidade em identificar a violência está associada à invisibilidade mencionada nos estudos. Invisível no sentido de não ser vista, também

porque não se traduz nas estatísticas. O vínculo e humanização do cuidado tornam-se essenciais para que se estabeleça uma relação de confiança na díade paciente-profissional. Nesse sentido, os/as profissionais da APS encontram-se em locais favoráveis porque atuam a partir do território. Não obstante, a humanização deve reger os atendimentos em todos os níveis de atenção.

Concordamos que a lacuna verificada pode ser estreitada pela capacitação em serviço, incluído o devido acompanhamento dos indicadores, a fim de avaliar o impacto do treinamento na mudança de atitudes da equipe. Em vista disso, Moleta Almeida e Ribeiro (2018) sugerem que a educação permanente é capaz de proporcionar a “aprendizagem significativa, inovação do conhecimento, segurança, qualidade no atendimento, agilidade nos procedimentos diários e o compartilhar de experiências adquiridas” (p. 73).

Julgamos importante o papel ativo da formação individual, que pode passar também por reformulações de crenças e estigmas cristalizados ao longo do tempo na sociedade, que acabam repercutindo na prática profissional, conforme apontam Lira e Castro (2022). Seu estudo demonstrou que parte do grupo investigado reproduz conceitos estigmatizantes, como a culpabilização das mulheres, em relação ao tema da violência doméstica. Ao passo que discutem o “Acolhimento de mulheres vítimas de violência na Atenção Básica em Saúde”, Castanha, Lima e Pecoraro (2022) trazem uma perspectiva histórico social para apontar desigualdades e violência presentes na sociedade, e mencionam a importância dos estudos de gênero para compreensão do fenômeno.

Vale examinar a recorrente alegação de sobrecarga de atividades dos/as profissionais, o que os leva a prescindir de procedimentos dos quais depende o planejamento do cuidado. A qualidade do trabalho é inerente às condições que trabalhadores/as possuem para executá-lo. Sendo assim, cabe ser discutida a valorização profissional, a fragilidade dos vínculos trabalhistas, a instabilidade e a rotatividade entre os/as servidores/as. Um estudo de revisão (Assis *et al.*, 2020) aponta que problemas com a gestão, relações de hierarquia autoritária e o acúmulo de atividades decorrente do quantitativo insuficiente de profissionais para atender as demandas são fatores associados à insatisfação e sobrecarga de trabalhadores da APS. Assim, é pertinente analisar estas questões sob a perspectiva da saúde do trabalhador, da gestão e fortalecimento das políticas do SUS.

Atenta-se para o risco da medicalização como principal alternativa para lidar com a complexa questão da violência, haja vista que esta conduta pode vir a barrar o alcance de outros dispositivos de cuidado. Nesse sentido, o termo aqui é adotado segundo o entendimento de que a violência entra para o rol de intervenções biomédicas sem a devida problematização da estrutura social, sendo assim:

O rótulo de doença é uma das formas, mas não a única, pela qual a medicalização tem lugar. O diagnóstico é um facilitador, mas não a condição exclusiva de seu exercício. Mais do que a criação de categorias, a medicalização envolveria a transformação do pathos em experiências medicamente descritas e manejadas (Zorzanelle; Ortega e Bezerra, 2014, p. 1866).

Ao estudar a experiência de mulheres que buscaram atendimento na rede, Soares e Lopes (2018, p. 4) apontam que:

A medicamentação da violência é a alternativa dominante utilizada por muitos dos(a)s profissionais da saúde que não sabem como proceder diferentemente diante dessas situações. Assim, medica-se para “acalmar” o sofrimento, como se responsabilizasse e silenciasse a vítima para que ela tenha mais força para assumi-lo e suportá-lo individualmente.

Conhecer as particularidades do público-alvo contribui para a integralidade do atendimento. Em vista disso, o desconhecimento de profissionais em relação à epidemiologia da violência no pré-natal expõe o risco da invisibilidade desse grupo, uma vez que as agressões não cessam durante a gestação (Ribeiro *et al.*, 2020).

Por fim, parece, ainda, não ter ficado evidente que a notificação de violência não consiste em denúncia ou comunicação externa. Soma-se às questões aqui discutidas, a indagação acerca dos possíveis efeitos da mais recente legislação de nº 13.931/2019, a qual passa a prever o acionamento da autoridade policial em casos confirmados e suspeitos de violência. Se os estudos demonstram que profissionais apresentam reservas perante a necessidade de comunicação epidemiológica de casos de VCM, em parte, isto ocorre pelo entendimento de que o ato configuraria um tipo de denúncia ou quebra de sigilo, como ocorria na comunicação externa em casos de risco iminente à vítima ou à coletividade. A maioria dos trabalhos analisados não alcançou a temporalidade da lei. Assim, essa nova conjuntura requer novos estudos que busquem contemplar esta variável.

De modo preliminar, algumas questões já se colocam como problemáticas quando se instaura a referida obrigatoriedade, dados os riscos de efeito contrário ao cuidado que se busca promover às mulheres, tais quais: exposição das usuárias, enfraquecimento da autonomia e do vínculo com profissionais de saúde. Para estes,

aponta-se que o cuidado integral deve ser resguardado por condições que permitam exercê-lo em segurança.

Por fim, cabe ainda destacar que o estreitamento dos vínculos intersetoriais, demandado pela complexidade da violência, depende da concepção de que este fenômeno não pertence somente ao âmbito da justiça. Superar os obstáculos, ora apresentados, se coloca como um imperativo diante da necessidade de atendimento integral às mulheres.

2.4 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES A PARTIR DA REVISÃO DE LITERATURA

Identificamos que há fatores limitantes à prática da notificação de violência contra a mulher por parte dos/as profissionais de saúde. Isto faz com que a atribuição de notificar, há tempos compulsória, seja pouco efetivada no cotidiano desses trabalhadores. Possuir conhecimento amplo acerca da violência, isto é, suas dimensões, manifestações, variáveis que tornam um grupo mais vulnerabilizado, é uma saída para que este fenômeno saia da invisibilidade e seja verificado nos atendimentos. Aliado a isso, o acolhimento e manejo adequados propiciam que a abordagem do tema com a mulher ocorra livre de entraves. Para tanto, é fundamental que o tema saia da concepção de foro íntimo e passe a ser visto como um componente da saúde pública.

Desde sua criação, o SUS passa por constantes aprimoramentos e tem buscado tornar cada vez mais viável a execução das políticas públicas. Por meio das notificações oriundas do SINAN, é obtida a caracterização do território e da população adscrita envolta em situação de violência. A responsabilização do ato de emitir esses dados às instâncias sanitárias precisa ser efetivada pelos serviços disparadores e tomada pelas esferas de gestão em saúde, a fim de identificar as lacunas e traçar as estratégias de correção.

As produções analisadas abordam, sobremaneira, acerca do treinamento e capacitação dos/as profissionais, sinalizando que a formação continuada é reconhecida por estes como deficitária, ao passo que é a principal alternativa

apontada para minimizar as dificuldades que envolvem o tema em análise. Ademais, foi verificada correlação positiva entre capacitação e conduta profissional. Nesse sentido, defendemos sua efetivação nos serviços junto com acompanhamento dos indicadores a longo prazo. Não obstante, deve-se encorajar a busca individual pelo aprimoramento, intrínseco a cada profissão, pois contribui para melhor qualificação no trabalho. Além disso, não se pode omitir o problema da formação acadêmica, pautada no modelo biologicista, o que tem contribuído para uma atuação fragmentada.

Reforçamos o papel do trabalho intersetorial, que dará suporte à continuidade do cuidado às mulheres. Não é suficiente conhecer a função dos integrantes da rede, é necessário operar de modo articulado. A contrarreferência e as reuniões setoriais são exemplos de práticas que precisam ser mais frequentes. Apostar nesse dispositivo torna as ações de enfrentamento à violência doméstica mais efetivas.

Por fim, sabemos que o serviço de saúde é um espaço comum de percepção da violência doméstica. Quem lida cotidianamente com a população precisa manter o olhar de estranhamento, para que qualquer hipótese de ação nociva às mulheres não passe imune a uma abordagem cuidadosa e profissional.

Ressaltamos que o tipo de violência em discussão se conecta com a matriz de desigualdade de gênero impressa na sociedade. Estarmos imersos/as em uma cultura machista e patriarcal, em parte, explica a reverberação dessas concepções estigmatizantes que interferem na atuação profissional. Todavia, não nos exime da responsabilidade de rever nossas práxis, já que também fazemos parte de uma cultura de enfrentamento. Na esfera da produção de conhecimento, cabe-nos também assumir uma postura de tensionamento dessas questões.

Tendo em vista as discussões geradas na revisão de literatura, a pesquisa buscará responder, no capítulo seguinte, à questão inicialmente levantada, a partir da realidade do município de Guarapuava (PR).

CAPÍTULO 3

DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, discorro sobre o desenvolvimento da pesquisa, desde o estabelecimento do contato para imersão em campo até a interação com participantes. O subtópico destinado à caracterização deste grupo contém dados sociodemográficos e informações sobre o cenário de trabalho. O texto culmina na apresentação sintética do conteúdo que emergiu no processo, distribuída em três categorias analíticas e articuladas com produções que versam sobre o tema discutido.

3.1 CARTOGRAFIA DO TERRITÓRIO

O itinerário da pesquisa é oriundo de experiências em realidades e temporalidades distintas, e se efetiva mediante deslocamentos: pela transição geográfica e no percurso de trabalho. A mudança para uma nova região requereu aprofundamento sobre o território que ora se colocava como novo. Ao assumir a função de pesquisadora, me encontrei em um lugar intercambiável entre alguém que porta uma visão de fora (pesquisa) e uma ex-trabalhadora da rede de atenção às mulheres e, portanto, de dentro. Essas dicotomias, contudo, sabemos que não dão conta da experiência vivida.

Guarapuava é um município brasileiro localizado na região Centro-Oeste do Estado do Paraná. Na subdivisão da região de saúde, entendida como o agrupamento de municípios limítrofes que compartilham identidades culturais, sociais, e econômica de outros serviços, “com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (Brasil, 2011a), a cidade encontra-se na 5ª regional de Saúde (Figura 2). Além da sede, compõem o município quatro distritos: Entre Rios, Guairacá, Guará e Palmeirinha.

Figura 2 – 5ª Região de Saúde do Paraná



Fonte: Região de Saúde do Paraná. Endereço eletrônico: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/5a-Regional-de-Saude-Guarapuava>

As percepções sobre o município de Guarapuava se constituíram inicialmente pelo olhar de quem vem “de fora”, ao passo que as experiências no campo de trabalho foram fornecendo mais elementos para entender a cidade: caracterizar a cidade, para além do IBGE, como disse a professora Maria Lúcia Raimondo durante a banca de qualificação. Senti um impacto inicial em relação aos altos índices de VCM, só evidenciados pelo trabalho no CRAM. A criação da SPPM como uma política é reflexo do contexto de uma localidade com altas incidências de feminicídio (Klanovicz;

Pienegonda, 2018), considerando que o estado do Paraná tem ocupado, ao longo dos anos, as primeiras posições nesse *ranking*. De janeiro a outubro, desde 2023, 137 mulheres já foram assassinadas, colocando o estado em 3º lugar em número de feminicídios no país (LESFEM, 2023).

A cultura patriarcal é responsável por reproduzir e perpetuar contextos de desigualdade de gênero. Este sistema, conforme conhecemos, é centrado na figura de um homem, que se apresenta como o protetor, provedor, chefe da família e que busca conservar esta ordem social. Tal norma é estendida para a sociedade, em que o poder se mantém concentrado em figuras masculinas. Assim, a violência contra as mulheres no município paranaense carrega esse marcador, perpassando as camadas sociais. A partir de 2019, a data de 22 de julho passou a ser referenciada como o Dia Estadual de Combate ao Feminicídio, estabelecida pela Lei Estadual nº 19.873/2019 (Paraná, 2019), em referência ao feminicídio de Tatiane Spitzner, advogada residente de Guarapuava.

Os agravos decorrentes da complexidade da violência requerem a atuação articulada entre diversos dispositivos e especialidades, o que é noção de rede de enfrentamento, preconizada pela política nacional de enfrentamento à VCM (Brasil, 2011b). O município se apresenta como referência no combate a essa problemática, sendo nomeado, em 2014, polo regional para integrar a política regionalizada de enfrentamento a violência contra a mulher, seguindo diretrizes do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as mulheres (Guarapuava, 2016). Sendo assim, apresentaremos na Figura 3, o quadro desses serviços:

Figura 3 – Composição da Rede de Enfrentamento à Violência de Guarapuava



Fonte: Esquema elaborado pela autora, com base no Plano Municipal de Políticas Públicas para Mulheres de Guarapuava (PMPPM) e segundo comunicação da SPPM no site da Prefeitura Municipal

Conforme dissemos, os equipamentos de saúde, perante esse contexto, se inserem no rol dos serviços estratégicos no enfrentamento à VCM. No município de Guarapuava, há 31 unidades básicas de saúde para atender à população. Destas, 24 localizam-se na sede, de acordo com dados divulgados no site oficial da Prefeitura Municipal, conforme veremos no Quadro 2.

Quadro 2 – Unidades de Saúde do Município de Guarapuava – PR

ESF Adão Kaminski	ESF Paz e Bem
ESF Campo Velho	ESF Planalto
ESF Colibri	ESF Primavera
ESF Concórdia	ESF Recanto Feliz
ESF Entre Rios e Entre Rios II	ESF Residencial 2000
ESF Feroz	ESF Rio das Pedras
ESF Guará	ESF/Nasf Santa Cruz
ESF Guairacá	ESF Santana e São Miguel
ESF Jardim Araucária	ESF São Cristóvão

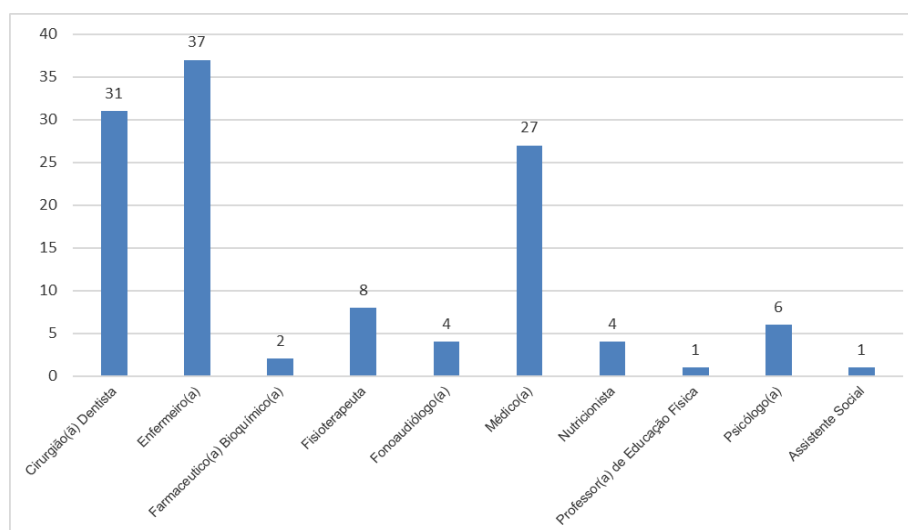
ESF Jardim das Américas	ESF Tancredo Neves
ESF Jordão	ESF Vila Bela
ESF Morro Alto	ESF/Nasf Vila Carli
ESF Palmeirinha	ESF Xarquinho
ESF Parque das Árvores	ESF Xarquinho –I – Pinheiros e Dourados

Fonte: Elaborada pela autora (2023). Sigla: ESF = Estratégia Saúde da Família

O mapeamento que fomentou a caracterização dos estabelecimentos de saúde foi também obtido através de informação concedida pelo DGTES. Por meio deste setor foi realizado o contato para viabilizar a pesquisa. Foi obtido o quadro detalhado dos profissionais atuantes na atenção primária, distribuição por unidade, contato e coordenação de cada setor.

Em posse destas informações, foi construída uma caracterização prévia do cenário para auxiliar no planejamento das visitas às unidades. Desse modo, avaliamos que os locais com maior quantitativo de participantes pertencentes ao público alvo demandariam uma permanência mais longa. A distribuição geográfica também foi considerada, dada a prioridade em visitar locais próximos entre si no mesmo dia, caso fosse possível. O Gráfico 1 demonstra o quantitativo de profissionais por categorias, obtido por levantamento prévio. Observamos maior concentração em três delas: Enfermagem, Medicina e Odontologia.

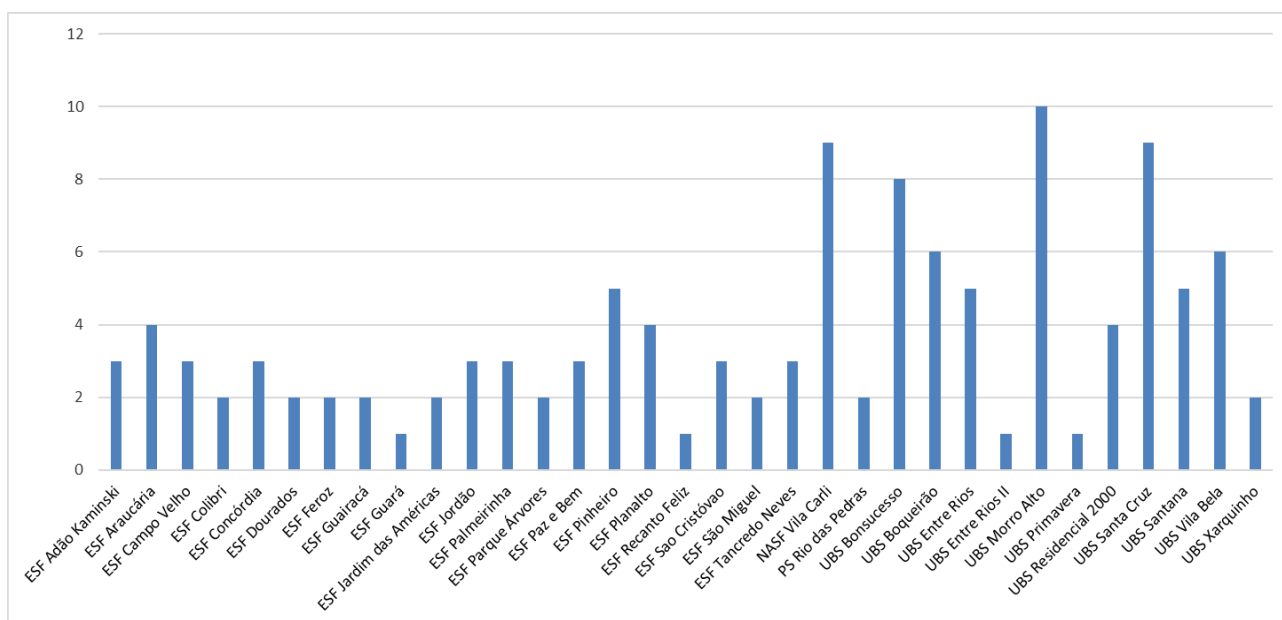
Gráfico 1 – Levantamento prévio do quantitativo de profissionais de saúde e distribuição por unidade



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Vejamos no Gráfico 2 a disposição desses/as trabalhadores/as por unidades de saúde.

Gráfico 2 – Quantidade de profissionais distribuída por unidades de saúde



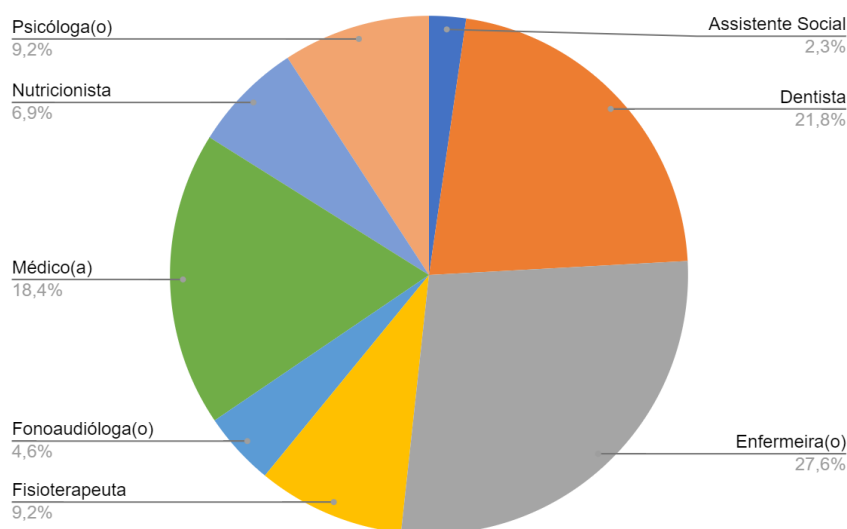
Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Ressaltamos que, entre o tempo de obtenção destas informações e a entrada no cenário da pesquisa, houve alterações nos quadros acima, com a admissão de novos/as trabalhadores/as via processo seletivo e convocação por concurso.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS/AS PARTICIPANTES

Aceitaram participar deste estudo 87 profissionais de áreas diversas, em ordem de frequência: Enfermagem, Odontologia, Medicina, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, Fonoaudiologia e Serviço Social, conforme ilustrado no Gráfico 3.

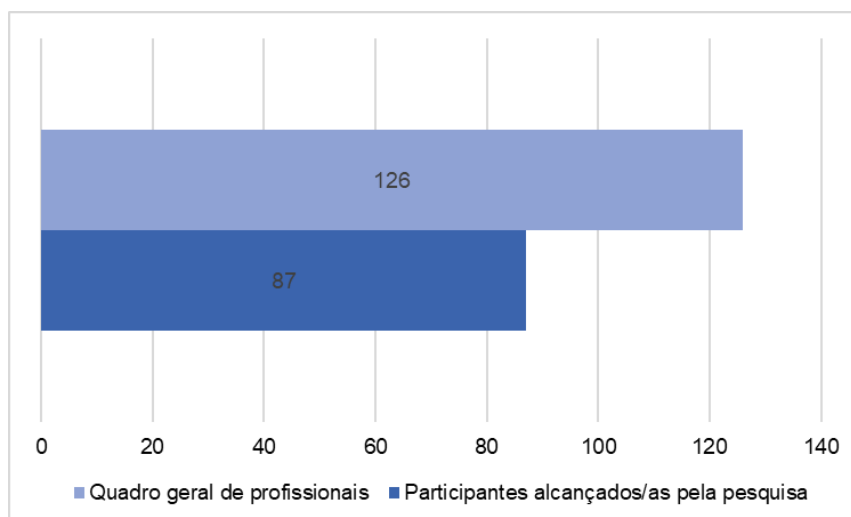
Gráfico 3 – Participantes da pesquisa em distribuição proporcional



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Como critério de inclusão para público alvo da pesquisa, definimos: pertencer ao grupo de profissionais de ensino superior que atuam nas unidades de saúde da atenção primária da sede do município; possuir ao menos dois anos de atuação na profissão a aceitar colaborar com a pesquisa. Não foram alcançados aqueles/as que se encontravam em período de férias/afastamento/licenças no momento das visitas. O número de participantes superou a estimativa inicial, que era alcançar ao menos uma representação de cada quatro áreas com maior quantitativo de profissionais nas unidades. Este pressuposto foi adotado com base na possibilidade de uma baixa adesão de voluntariado nos estudos, por variados motivos, quais sejam: disponibilidade de tempo, demanda do serviço, interesse pelo tema, evitar exposição em entrevista, dentre outros. Não obstante, houve um alto volume de participação, chegando a mais da metade do quantitativo encontrado no mapeamento prévio acerca do quadro de profissionais. A partir da listagem recebida, foram mapeados 126 profissionais que se adequariam ao primeiro critério da pesquisa, citado acima.

Gráfico 4 – Profissionais alcançados/as pela pesquisa



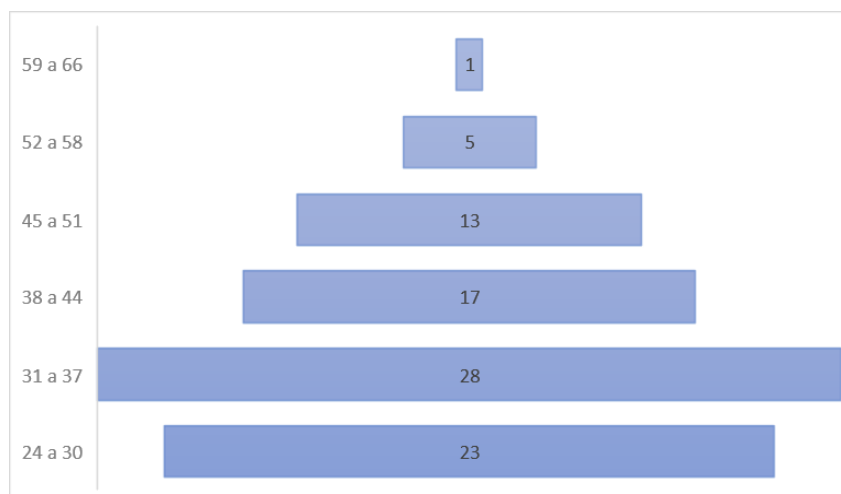
Fonte: Elaborado pela autora (2023)

O Gráfico 4 apresenta o número obtido a partir do levantamento do quadro de trabalhadores/as da saúde e dos/as participantes da pesquisa. O comparativo revela que foram alcançadas mais da metade do rol de profissionais.

As duas primeiras profissões, Enfermagem e Odontologia, chegaram a aproximadamente metade do total de pessoas entrevistadas. Esta maior frequência é justificada pelo fato de comporem a equipe mínima das unidades de saúde. Maior detalhamento acerca das áreas participantes foi evitado, tendo em vista que algumas profissões possuem uma menor representação diante do quadro geral de trabalhadores/as.

A idade mínima dos/as participantes foi de 24 anos. O grupo é composto majoritariamente por pessoas na faixa dos 24 a 37 anos. A média ficou em 37 anos, já a mediana obtida foi de valor 34. Vejamos o detalhamento da faixa etária no Gráfico 5.

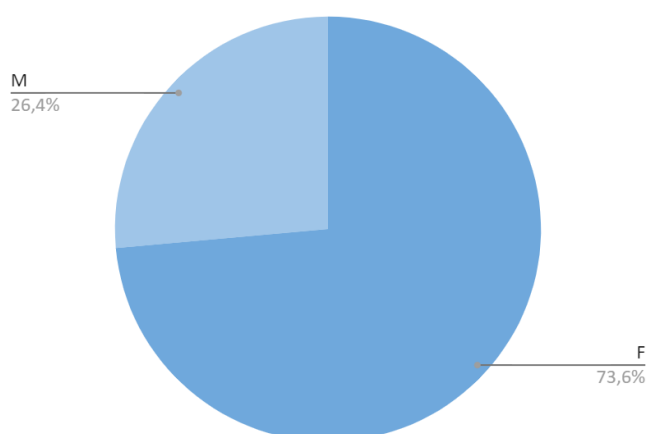
Gráfico 5 – Faixa etária dos/as participantes



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

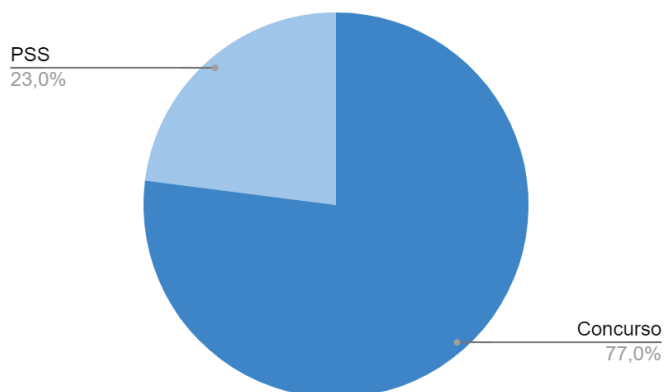
Mais de dois terços do grupo encontra-se na soma da faixa de idade entre 24 e 37 anos. A frequência maior encontra-se entre 31 e 37 anos. Houve, aproximadamente, dois terços de participantes mulheres; 64 (73,6%), enquanto 23 (26,4%) foram de homens, o que indica a feminização do trabalho em assistência à saúde, como já observado em outras pesquisas (Wermelinger *et al.*, 2010). Segue a proporção ilustrada no Gráfico 6:

Gráfico 6 – Distribuição dos/as participantes por gênero



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Foi realizado levantamento em relação ao vínculo de trabalho. Observamos que a maioria possui estabilidade no serviço, obtida através de concurso público (77%), seguido de vínculo Processo Seletivo Simplificado ou contrato, como no caso do programa Mais Médicos (23%), conforme o Gráfico 7.

Gráfico 7 – Distribuição por vínculo de trabalho

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

O tempo de atuação tanto na unidade de saúde como na soma dos anos de experiência foi bastante variável. Os vínculos mais recentes foram: 1 participante em seu primeiro dia na unidade e, na sequência, outros com 2, 3, 5, e 6 meses. Já os registros de tempo mais longos no serviço público variaram em 19, 20, 25, 28 e 30 anos. No aspecto da formação, se destaca a expressiva porcentagem do grupo que afirmou possuir uma ou mais especializações (73,6%).

O estudo de Tomasi *et al.* (2008) traçou o perfil sociodemográfico de 4.749 trabalhadores da saúde em 41 municípios das regiões Nordeste e Sul. Semelhante ao nosso estudo, a maioria desses profissionais é composta por mulheres (81%) e 19% de homens. Na região Sul, a média de idade foi de 37 anos. No tocante ao nível de especialização, 37% do grupo geral possui o título, sendo 35% na região Sul. Quanto ao vínculo de trabalho, foi verificado que pouco mais de 40% atuam no regime de concurso público. Por outro lado, 30% não possuem vínculo estável, o que leva a condições trabalhistas precarizadas.

3.3 NOTAS SOBRE A IMERSÃO NO TERRITÓRIO

Em momento prévio à imersão em campo, estive no DGTES a fim de solicitar divulgação da pesquisa, para que ocorresse de forma homogênea, tendo em vista o

alcance do meio de comunicação utilizado pela prefeitura. Não foi possível realizar a divulgação via memorando, já que o sistema havia sido modificado, conforme justificado pela equipe. Não obstante, me foram concedidos os dados atualizados de cada unidade e sua respectiva coordenação. Em posse deste guia, somado às informações anteriormente obtidas, foi realizado o planejamento da ida à campo. O empecilho formal (a não possibilidade do memorando) me coloca a possibilidade e necessidade do contato direto com o campo. Assim, já de início, vai se desenhando uma pesquisa com caráter decolonial, que me exige um "corpo a corpo" com a instituição pesquisada.

A visita às unidades seguiu um fluxo contínuo e ao mesmo tempo particularizado, diante da dinâmica de cada setor. O primeiro contato foi estabelecido com a coordenação e/ou responsável no intuito de informar o motivo da visita, divulgar a pesquisa e obter orientações da melhor forma de fazê-la.

Sabemos da grande demanda de atendimento nos serviços de saúde, assim, foi preciso encontrar horários oportunos em que cada profissional ficasse à vontade para conceder a entrevista e também para não comprometer a prestação de serviço. Na tentativa de conciliar estes elementos, estratégias sugeridas pela coordenação foram adotadas. Dentre elas, houve a participação em reunião da equipe, pois seria possível encontrar o grupo reunido para apresentar a pesquisa, consolidar o convite para participação e seguir com os agendamentos de horário mais adequado para cada participante. Tentativas de contato menos estruturadas também foram exitosas, principalmente ao final de cada turno, quando já havia autorização prévia para circular na unidade. Acreditamos que a adesão possa estar relacionada à flexibilidade na maneira de divulgação da pesquisa e à dispensa de um padrão homogêneo de abordagem.

Destarte, entre esperas e visitas, foi possível observar o cotidiano dos serviços, onde são expressas as relações dos trabalhadores entre pares, com usuários/as, e destes últimos com seus acompanhantes ou dependentes, assim como a ambientação e comunicação visual, a existência ou não de cartazes de campanhas de enfrentamento à VCM, etc. É desse conjunto de experiências que a pesquisa é constituída.

Interessante constatar por meio das entrevistas que, no hiato entre o pedido de autorização com envio do projeto de pesquisa e a consolidação desta, houve um curso de capacitação destinado a categorias profissionais de saúde com o mote da

notificação de violência, promovido pelo setor epidemiológico do município. Esta situação nos conduz a compreender, novamente, o caráter interventivo da pesquisa, o qual produz efeitos prévios e *a posteriori*. A pesquisa começou a ser divulgada no final de 2021 e a coleta dos dados ocorreu a partir de junho de 2022. No início deste ano, ocorreu o referido curso. Não podemos afirmar a relação direta com a pesquisa, mas a temporalidade dos acontecimentos nos aponta para a importância de chamar a atenção para o tema.

Em muitos momentos durante as visitas às UBS veio à mente, na perspectiva de mulheres que passam por situações de violência, qual amparo encontrariam no serviço de saúde? Tal amparo poderia ser facilitado, em parte, pelo vínculo estabelecido na comunidade, por outro lado, poderia ser dificultado devido a possíveis limitações na identificação dos casos. A partir dessas indagações, cenas chamam atenção, destaco duas delas a partir de observações em momentos prévios às entrevistas:

Cena 1: Sala de espera, final de consulta, mulher conversa com profissional informalmente sobre a vida, familiares, casamento e separação. Logo penso: há potência no vínculo. Ou seja, o fato de profissionais do território conhecerem as pessoas do território poderiam potencializar situações de identificação de situações de violências;

Cena 2: Aguardo atendimento de puericultura ser finalizado para depois ser chamada pela enfermeira para entrevista. Reconheço a paciente que sai da sala com seus dois filhos(as). Atuei no serviço especializado de atendimento à mulher onde ela foi atendida e lembro que ela já vivenciou longo processo de violência, em todas as suas dimensões.

As passagens supracitadas evocam questões importantes: a primeira é o papel da rede de enfrentamento à violência, na execução da referência e da contrarreferência, pois contempla a integralidade do cuidado. Além disso, remete à relevância do vínculo profissional-paciente, para que estejam atentos/as aos casos que adentram diariamente nos consultórios.

As cenas nos levam mais uma vez à constatação de que uma pesquisa inicia desde a concepção do tema, os primeiros contatos com o tema e as vivências prévias da pesquisadora. Não há como separar esses papéis. Na segunda cena, o inesperado encontro teve mais impacto na profissional de saúde do que na pesquisadora, o que mostra o quanto estas dimensões estão imbricadas. O enveredar pelo tema da

pesquisa teve como determinante a experiência do trabalho na rede, que fomenta uma ótica diferente do fenômeno, ao me encontrar em uma posição peculiar: não completamente de dentro, não totalmente de fora, na fronteira. Esse lugar fronteiro, como vimos no pensamento de Gloria Anzaldúa (2016), é um local de potencialidades.

Assim, é através desse lugar de atravessamentos pelo cenário da pesquisa, que me coloco, enquanto porta-voz de uma experiência localizada e contextualizada, onde aparecem outras vozes que falam a partir de seus lugares de trabalhadores/as.

A incorporação da decolonialidade em nossas práticas de investigação consiste em reconhecer os atravessamentos que a relação pesquisadora-pesquisa promove, bem como nos convoca a evidenciar nosso pertencimento, isto é, lugar de enunciação. Ao contrário da pretensa neutralidade e ausência do/a investigador/a, defendidas pelos modelos epistemológicos dominantes, adotamos o que Suely Messeder (2020) chama de pesquisa encarnada.

A escrita encarnada é o momento do encontro entre a sujeita marcada por sua classe, raça, ato performativo de gênero, regionalidade, nacionalidade e a pesquisadora encarnada modulada cujas regras prescritas no fazer científico devem ser consideradas, mas também insurgidas (Messeder, 2020, p. 172).

Desse modo, completa a autora, “imagino que nossa insurgência não é destruidora do mundo, mas sim destruidora de nossa colonialidade, posicionando-nos em novos horizontes com a possibilidade de nos reencantarmos em nossas inventividades” (Messeder, 2020, p. 172).

Desse modo, apresentaremos, na sequência, a síntese dos resultados da pesquisa, abordados em três tópicos. Conforme citado inicialmente, exceto pelo cadastro na Plataforma Brasil, não foi delimitado um quantitativo de participantes a ser alcançado. Sendo assim, toda participação na pesquisa foi validada a partir da escuta do conteúdo gravado em áudio e leitura de transcrições de entrevista. Durante a fase de contato com esse material, diversos fragmentos foram selecionados com base nos seguintes aspectos: tema abordado no roteiro de perguntas, discussões-chave encontradas na literatura e novos elementos que se apresentaram a partir da fala de cada participante. Daí por diante, foram encontrados elementos que puderam ser associados a partir dos sentidos produzidos. Adotamos o uso de pseudônimos para preservar a identidade dos/as participantes, cujo recorte de falas aparecem transcritos no decorrer do texto.

Chegado o final do período de imersão em campo, obtivemos uma expressiva participação, resultando em uma série de entrevistas, ao longo de aproximadamente 22 horas de gravação, para serem atentamente trabalhadas. Diante disso, a revisão de literatura foi um fator que contribuiu bastante nesse processo. Tanto no início, por apontar as possíveis lacunas e aspectos a serem tratados nas entrevistas, mas também nesse momento posterior de análise. No retorno da jornada de ida nas unidades, havia um momento de reflexão acerca do que foi abordado pelos/as profissionais em comparação aos dados teóricos prévios. Nesse percurso, o contato com os/as participantes em campo e todas as informações que emergem vão gerando ressonâncias que se somam à experiência do lugar de mulher-trabalhadora-pesquisadora que me constitui.

Todo material gravado foi ouvido e considerado parte da pesquisa. Houve uma decisão metodológica em não transcrever todas as entrevistas integralmente, dado o montante de horas de gravação. Desse modo, o conteúdo que fundamentou as categorias foi trabalhado, primeiramente, através da escuta atenta dos áudios e destaque dos elementos-chave com anotações escritas. A escuta foi compartilhada com a orientadora que também acessou o material e auxiliou no processo de identificação de elementos para as linhas analíticas. Esse processo de síntese também recupera análises prévias em que foi feita uma leitura da realidade apresentada.

A construção das categorias analíticas seguiu um caminho semelhante à sequência abordada no roteiro semiestruturado, o qual parte procura captar os sentidos atribuídos ao fenômeno da VCM e suas múltiplas manifestações, sendo este uma condição para a notificar. Em seguida, temas em torno da notificação e, por fim, o papel de agentes em torno dessas práticas de enfrentamento e cuidado. Certamente, há pontos de intersecção entre os três tópicos, em que uma fala pode suscitar outras análises, pois, embora houvesse perguntas prévias, contamos com a associação livre dos/as entrevistados. Também procuramos ouvir aquilo que se enunciava para além do que era perguntado.

Assim, foi possível encontrar núcleos de semelhanças nas falas dos/as participantes, conduzindo-nos à busca de uma motivação em comum e/ou leitura dessas ocorrências. Daí parte a análise, sob uma ótica da decolonialidade e sem prescindir da produção acadêmica da saúde.

O primeiro tópico trata da compreensão e visibilidade da violência, é observado que ocorre uma transição do campo conceitual para a realidade vivenciada nos atendimentos, podendo ser expressa em um tipo de “negação” do serviço enquanto um local propício para a chegada desses casos. Além disso, são discutidos outros fatores que contribuem para que a VCM ganhe traços de invisibilidade no cotidiano de trabalho.

A segunda linha de análise discute a notificação de violência, desde o conhecimento até a sua efetivação. Apontamos a centralidade da prática em determinadas profissões e a corrente mistura conceitual entre notificação e comunicação externa. Ficam elucidadas também razões para a subnotificação, a princípio, o próprio desconhecimento do que se trata. E por fim, o caráter informativo da pesquisa pelo contato com o tema e a reflexão sobre a práxis perante a possibilidade de ter identificado ou não ocorrências em seus atendimentos.

A terceira e última linha de análise compete à conduta profissional e institucional perante a responsabilidade de notificar. Há duplo entendimento de não ser reconhecida como uma atribuição da área e a falta de habilidade para executá-la. Nesse sentido, a capacitação é eleita como opção para estancar essa dificuldade. É observado que o fluxo aparece mais consolidado em casos de violência sexual, em outras situações já não é tão claro seu funcionamento, principalmente nas unidades que não possuem diálogo direto com a SPPM.

3.4 SÍNTESE

3.4.1. (In)Visibilidade da violência: do campo conceitual para a realidade dos atendimentos

Antes da violência chegar a ser reconhecida como tal, em um contexto de atendimento, é importante trazer à tona o que cada indivíduo compreende sobre o fenômeno. Isto é, a seguinte pergunta: “você já atendeu algum caso de violência?”, dialoga com noções anteriores do que cada profissional entende por violência, no

campo do conhecimento geral e científico. Assim, convém evocar o que os/as participantes revelam sobre a compreensão do termo, direcionando-o também à VCM. Esta é uma noção fundamental no campo da assistência em saúde, uma vez que seu reconhecimento irá incidir sobre a prestação de cuidado integral às mulheres.

Após o primeiro momento de apresentação da pesquisa e do/a entrevistado/a, partimos da noção geral sobre violência, para buscar um entendimento mais amplo, em seguida direcionado ao que seria entendido como VCM. Através das perguntas “O que você entende por violência? E violência contra as mulheres? Já cientes da temática da pesquisa, algumas pessoas já focaram diretamente no tema, ao discorrer sobre a VCM.

Foi possível constatar, de modo praticamente uníssono, que se trata de um tema conhecido, por ser uma questão que atravessa a todos/as enquanto sociedade, por casos que pululam no noticiário, ou até experienciados a nível pessoal ou de familiares, de modo que geralmente há algo a ser dito sobre violência. A pergunta disparadora da entrevista foi justamente na intenção de obter essas noções. Sobressaiu das falas uma amplitude do que seria compreendido como violência e VCM. Inicialmente, surge a ação mais evidente que é o uso da força física, em contraponto, trazem também a violência psicológica, conforme expresso nos trechos abaixo.

Maurício/Médico: *Violência corresponde a qualquer atitude, né, ou ação de qualquer forma que seja, que possa de algum... ou omissão também, que configure um dano, que seja físico, mental ou de outras ordens a qualquer pessoa que seja, especificamente com relação à mulher, existem inúmeras possibilidades, quanto da parte física quanto da parte psicológica (...).*

Ricardo/Médico: *Eu entendo violência de diversas formas: física, psíquica, econômica... diversas formas de violência, praticada por diversos agentes, pode ser uma pessoa particular, o Estado, ou outros tipos de agente... é isso. [Quanto à VCM] Pode ser física, que é agressão, é bem comum, que eu convivo bastante lá no [local de trabalho], a psicológica, financeira, tem a social, que muitas vezes o marido impede a paciente de trabalhar, alguma coisa nesse sentido, né, não só marido, às vezes pais, convivente ou coisa assim, é isso que eu entendo.*

Os fragmentos abordam, como é possível observar, a tipologia da violência caracterizada na LMP. A partir de dados da Delegacia da mulher em Guarapuava, os achados de Ferraz e Labronici (2009) mostraram que os tipos de violências mais recorrentes são: psicológica (48,5%); física (33,8%); moral (16,1%); patrimonial (0,8%) e sexual (0,8%).

O histórico de opressão e violência para com as mulheres em nosso contexto, a partir da América colonizada, carrega a marca dos colonizadores. Ao impor seu modelo relacional e de sociedade como absoluto, a colonização destituiu as organizações sociais dos povos colonizados. Assim, embora vistos como não humanos (Lugones, 2014), o povo forçosamente absorveu os modelos baseados na hierarquia de gênero já presente nos europeus, conforme explanado por Marques (2020, p. 2009):

O rompimento desses laços, bem como a produção dessa indiferença dos homens colonizados para com as mulheres colonizadas, resultou em um comportamento análogo ao do colonizador, um comportamento exploratório, violento e que reduz as mulheres à categoria de não humanas, de objetos, passíveis de “utilização” e “destruição”. Nesse sentido, as violações produzidas pelo ego conquiro⁸, pela ética/não ética de guerra, perpetuaram-se até os dias atuais por meio da colonialidade do poder/ser/ gênero, de maneira que tal situação pode ser apontada como fator de contribuição para a atual realidade das mulheres brasileiras.

Na fala do grupo entrevistado, a violência física foi a primeira manifestação citada. Dentre as razões, esta frequência pode estar relacionada ao fato da evidência das lesões e a gravidade do ato se destacarem diante dos olhos que quem identifica, sendo este o evento disparador para que medidas sejam efetuadas, inclusive o registro epidemiológico. A prevalência destas ocorrências, portanto, coaduna com as falas dos/as participantes. No estudo realizado por Holanda *et al.* (2018), os casos de VCM analisados apontaram o índice de 65% de violência física, seguido por 60% de violência psicológica e 17% violência moral. Em outro trabalho, a predominância chega a 85,5% (Dias; Prates e Cremonese, 2021).

No entanto, parte do grupo não se deteve somente nessa modalidade, trouxe o reconhecimento de outras dimensões, principalmente a violência psicológica:

⁸ Segundo Enrique Dussel: “O ego cogito moderno foi antecedido em mais de um século pelo ego conquiro (eu conquisto) prático do luso-hispano que impôs sua vontade (a primeira “Vontade-de-poder” moderna) sobre o “índio” americano”(Dussel, 2005, p. 30).

Flávia/Fonoaudióloga: *Pra mim, assim, de uma forma geral ela [a violência] vai muito além do físico, né. (...) Eu vejo muito manipulação mental, assim né, uma troca: “se você não for dessa forma...” com as mulheres que eu vejo assim, “se você não for dessa forma eu vou te deixar”, é o abandono, é ameaça o tempo todo, então isso é um desgaste emocional muito grande.*

Laura/Enfermeira: *Violência, eu entendo que não é só... a gente pensa em violência, pensa em agressão física, né, em facada, em chute, em soco... e eu acho que violência, pra mim, pode ser às vezes até um olhar, né. Então eu imagino que a gente tem que, na verdade, aprender mais sobre esse assunto, porque eu acredito que é uma coisa que tá muito na nossa vida e a gente acaba às vezes não... deixando passar. Eu acredito que a **violência não é só a agressão física em si**, mas tem a emocional, tem a violência física, tem outros tipos de violência, né.*

Yasmin/Enfermeira: ***A violência não é só violência física**, existem vários aspectos, a pessoa pode ser... pode ser violada sua sanidade mental, as suas emoções, mesmo sem levar nem um tipo de tapa, vamos dizer assim. (grifos nossos)*

A frequente menção a essa modalidade vai ao encontro da legislação recente; Lei 14.188/21, que reconhece e tipifica o crime de violência psicológica no Código Penal Brasileiro, conforme segue em seu artigo 147-B:

Causar dano emocional à mulher que a prejudique e perturbe seu pleno desenvolvimento ou que vise a degradar ou a controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, chantagem, ridicularização, limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que cause prejuízo à sua saúde psicológica e autodeterminação (Brasil, 2021).

Foi posto por alguns/mas profissionais que a agressão à esfera psicológica poderia ser de gravidade maior, em virtude do potencial de dano. Para as mulheres, os efeitos da violência vão além da lesão física, podem desencadear doenças psicossomáticas, além de interferir na autoestima. Em grau mais elevado de gravidade, a VCM está relacionada à ideação suicida (Soares, 2017). Alguns sinais de risco para suicídio foram identificados entre vítimas, como comportamento depressivo, comportamento suicida, rigidez de pensamento, impulsividade e ambivalência (Correia *et al.*, 2018).

Letícia/Fisioterapeuta: *Eu acredito que a violência não é só a parte física, ela vai envolver... envolve muito também a parte psicológica (...) gera mais problemas, vamos dizer assim, mais consequências do que propriamente a física, porque a física, querendo ou não, depois você trata lá o machucado.*

Julia/Dentista: *Eu estou ouvindo muito falar de psicológico, né, da violência psicológica, que eu acho mais sério ainda, que vai abalando muito emocional e destruindo por dentro, pode ser pior do que a violência física, que ali o momento passou.*

Podemos considerar a violência psicológica na relação com a colonialidade do ser. Enquanto a violência física materializa a relação estabelecida pela colonialidade do poder, efeito, inicialmente, da colonização que se faz pela agressão física, a dimensão psicológica remonta à ideia de colonialidade do ser, na qual o colonizado tem sua subjetividade alijada. Desse modo, os modelos de relações de poder estabelecidos pelos colonizadores, inclusive e, sobretudo, no que tange às questões de gênero, vão sendo apropriados pelos povos colonizados. Assim, podemos dizer que na violência psicológica a mulher tem sua autonomia e identidade comprometidas, ou seja, isso ocorre numa dimensão da colonialidade do ser.

No que se refere à VCM, de modo geral, há a percepção de que as ocorrências estão aumentando, as profissionais abaixo citadas demonstram atenção ao cenário nacional/local, especialmente à questão do feminicídio e pandemia. Uma pesquisa que analisou a percepção das mulheres guarapuavanas vítimas de violência acerca da convivência com os agressores no período pandêmico revelou que estas experienciaram a privação de liberdade e cárcere privado, sem possibilidade de sair para efetuar denúncia. “Conviver com o agressor representou permanecer constantemente com medo, especialmente o medo da morte diante das constantes ameaças de morte recebidas” (Oliveira; Raimondo, 2021, p.20).

Micaela/Dentista: *A gente tem visto muito crescimento de casos. Eu até não sei se, porque hoje em dia existem mais formas de se notificar, ou se esse índice de violência tem aumentado realmente, tem sido maior. A gente tem visto índices maiores de*

feminicídio, índices maiores de violência. Então, a impressão é que o quadro está ficando cada vez pior com o passar do tempo, né?

Karina/Enfermeira: *A gente percebe que está tendo um aumento muito grande, principalmente pós pandemia, em que as famílias ficaram mais fechadas. Assim como o número de separações de casais aumentaram, o número de violência também aumentou. A gente pode ver que o número de feminicídios também tem aumentado nos últimos tempos. São dados que a gente percebe que são bastante noticiados agora.*

O desfecho trágico dos casos de VCM é o feminicídio, conforme as entrevistadas correlacionam. Esta manifestação máxima de ódio está associada à uma expressão de poder, conforme exposto:

Dentro da teoria do feminicídio, o impulso de ódio em relação à mulher é explicado como consequência da infração feminina às duas leis do patriarcado: a norma de controle ou posição sobre o corpo feminino e a norma de superioridade masculina. Segundo esses princípios, inspirados por uma análise variada do corte feminista de crimes contra as mulheres, a reação de ódio se desata quando a mulher exerce autonomia no uso de seu corpo, desacatando as regras de fidelidade ou de celibato - a célebre categoria de "crimes contra a honra" masculina - ou quando a mulher acessa posições de autoridade ou poder econômico ou político tradicionalmente ocupadas por homens, desafiando o delicado equilíbrio assimétrico. Nestes casos, a análise indica que a resposta pode ser a agressão e o resultado a morte. A intencionalidade de matar ou simplesmente ferir ou fazer sofrer não define diferenças: nesta perspectiva, às vezes o feminicídio é um resultado não deliberadamente buscado pelo agressor. Nesse sentido, os crimes do patriarcado ou feminicídio são, obviamente, crimes de poder, isto é, crimes cuja dupla função é, neste modelo, simultaneamente, a retenção ou manutenção, e a reprodução do poder (Segatto, 2006 p. 4)⁹.

Conhecer as diversas manifestações de VCM é primordial para que os sinais possam ser reconhecidos em um contexto de atendimento. Assim, profissionais foram estimulados/as a apontar manifestações que configurariam VCM, tanto as mais evidentes quanto as sutis. O sinal evidente mais relatado são as marcas da agressão física, aquela que é manifestada no corpo. Além disso, trazem traços comportamentais e psicológicos das mulheres que poderiam ser indicativos de violência.

⁹ Tradução da autora

Erica/Enfermeira: *Desde que haja agressão, tanto psicológica quanto física, a gente sabe que já é violência. (...) às vezes ela vem à procura da gente com depressão, com stress e elas não querem falar o motivo, então muitas vezes a depressão, o stress e o nervosismo, eles podem estar por trás de... elas podem estar sendo agredidas por um marido ou algum familiar e elas desencadeiam esse tipo de doença mesmo, porque a depressão já é uma doença. Então elas procuram, querem psicólogos, querem encaminhamentos e medicamentos, só que às vezes não contam o motivo.*

O excerto acima destaca situações em que a violência pode se apresentar de modo sutil, embutida em queixas psicossomáticas. Nesse sentido, a situação requer um olhar ampliado para investigar o contexto. É importante o acolhimento e escuta aprofundada sobre a queixa, pois quando o tratamento se limita à prescrição medicamentosa, pode gerar invisibilidade das circunstâncias disparadoras dos sintomas, nesse caso, ocorrendo a medicalização (Zuchi *et al.*, 2018).

O fenômeno da escuta no atendimento clínico pode ser prejudicado por dinâmicas de serviços que demandam agilidade nas consultas, em que o saber biomédico antecipa as demandas. Muitas vezes, a mulher encontra-se em uma posição de subalternidade, sem oportunidade para falar de sua queixa. É preciso descolonizar os espaços de cuidado, ensejando condições para que as mulheres se sintam encorajadas a falar.

Outros indicativos de violência foram relatados pelas/as profissionais, nesse caso, dois profissionais da área da odontologia mencionam sinais que podem ser observados no contato com as mulheres:

Henrique/Dentista: *De forma mais sutil seria mais uma questão de comportamento da mulher, o tipo de roupa que ela usa, que ela tenta esconder alguma coisa, como que ela fica com a posição, os braços sempre tentando se proteger. Seria mais isso, assim, que eu lembro de cabeça. Daí os sinais explícitos, normalmente da área que eu vou atuar, vai aparecer ali de cortes no lábio, hematomas, cortes, fraturas de ossos, dentes.*

Igor/Dentista: *Na minha vivência, normalmente elas apresentam algum tipo de machucado, então a gente percebe normalmente machucados em região de rosto,*

lábio, olho principalmente. A gente acaba vendo alguns tipos de agressões, mas também a gente já tem um perfil psicológico. Uma mulher que já tem um casamento mais opressor, a gente já vê que muitas vezes o marido vem junto na consulta, a gente já começa a perceber alguma coisa diferente, porque o marido já está acompanhando. Às vezes a gente vê que tem medo de responder, às vezes o marido responde algumas perguntas quando a gente faz. Então a gente já percebe que é um lar doente, a gente já percebe muitas vezes que a mulher está inserida nesse lar doente. E para mim, as coisas mais visíveis na mulher, é que a mulher geralmente é mais quieta, uma mulher que fala pouco, normalmente ela não responde às perguntas diretamente, ela se desvia muitas vezes das respostas. Quando a gente questiona alguma coisa do seu olho estar roxo, ela vai falar que caiu. Mas como que foi essa queda? Ela já começa a se embaralhar, e a gente já percebe que vem de um lar doente, quando a gente já tem um acesso um pouco mais à família, que pela unidade a gente já vê que já é uma mulher doente.

Para além desses sinais, é possível traçar um perfil de mulheres que sofrem violência. No entanto, esta não é uma premissa unânime entre o grupo, já que, em grande parte, foi demonstrado o entendimento de que as mulheres não estão totalmente imunes a sofrer violência. Desse modo, aparece principalmente a condição de ser mulher já como um fator de risco. Além disso, o aspecto psicossocial surgiu com bastante frequência como um fator atrelado ao contexto de violência, não como um determinante, mas enquanto limitador para que a pessoa identifique e tenha recursos para enfrentar a situação. Nesse cenário, aparece a escolaridade, a renda e a dependência financeira.

Naiara/Nutricionista: *A mulher sofre muito hoje, **não importa a classe social**, né. Então, às vezes, uma pessoa mais carente ou de uma classe mais alta, todas estão sujeitas, né, porque tem muito **machismo** ainda, né. Então a gente acaba tendo contato com a violência quase que diariamente.*

*(...) Acho que mais assim pelo comportamento mesmo, né, a gente percebe muitas vezes quando a mulher... às vezes o marido tem o **controle** muito grande ali, né, a mulher ali não consegue... quando faz uma pergunta básica, às vezes Na minha anamnese, que eu questiono, por exemplo, “a cada quanto tempo que vai no mercado fazer a compra de alimentos?”, quando a mulher fala que “ah, quando o marido vai”,*

às vezes o marido não permite nem que ela saia, que não tem esse controle, né, a gente vê, observa assim pelo comportamento. A mulher, ela não sabe mais além do que o marido permite que ela saiba, sobre as **finanças** da casa, com os filhos também acaba sendo uma sobrecarga muito maior, então a gente percebe que essa mulher às vezes tem o olhar mais triste, ou então às vezes recua quando a gente pergunta alguma coisa, então consegue perceber assim bem fácil, né. (grifos nossos)

Maurício/Médico: Bom, é difícil dizer isso [se existe perfil] porque, na verdade, a questão da violência, ela pode afetar qualquer faixa etária, qualquer condição social, qualquer etnia, eventualmente pode ter algumas questões ali que podem ter... trazer alguma certa dependência a mais, mas isso é uma coisa que, assim, não é... existe o estereótipo que só pelo fato da mulher ser dependente do marido, por exemplo, ela pode tá mais sujeita ou não à violência, do que eventualmente mulheres que são independentes, digamos assim, elas acabam tendo uma dependência psicológica ou até mesmo outras questões. Então elas acabam muitas vezes sofrendo a violência da mesma forma como mulheres que tem traços que são mais dependentes do parceiro ou em alguma outra situação, né.

Manuela/Médica: O perfil que é mais predominante é aquela classe baixa, porque por falta de informações, né, falta de cultura também, elas se sentem mais omissas, digamos, omissa em que sentido assim, depende do esposo pra tudo, então ela se sente obrigada a não falar, a ficar quieta, caladas, né, é o que a gente percebe mais assim, acho que é a classe baixa mesmo. A média, a classe média já tem um pouquinho mais de independência, tipo assim, geralmente as mulheres já trabalham um pouquinho melhor, já tem uma mente mais aberta, encontramos casos sim, claro, você que é psicóloga deve imaginar que classe média tem bastante, mas eu acho que é menos ainda, eu acho que a classe baixa ela é mais propícia à violência.

Ingrid/Enfermeira: Eu acho que são as mais dependentes emocionalmente do homem, aquelas que acham que não vão mais amar ninguém, vai amar só ele, ou que são mais dependentes financeiramente dele.

Monalisa/Médica: Qualquer mulher está sujeita a passar por uma violência, seja ela física, verbal ou emocional, né, mas assim, tem algumas que muitas vezes algumas

que elas se submetem a ficar repetitivo ali, se acostumar com aquela situação, que muitas vezes elas dependem do marido, aquela esposa que não tem um trabalho fora, que ele ameaça ela, “ah, se você não fizer isso, não continuar comigo, você não tem pra onde ir, você não tem recursos”, então essas mulheres, assim às vezes, mais frágeis no perfil socioeconômico, assim, às vezes, que ela não tem uma liberdade financeira, independência financeira, eu acho que elas ficam mais sujeitas assim a continuarem se expondo a uma violência doméstica.(...) Em relação à violência geral, ser mulher já é um fator.

Conforme achados de Dias, Prates e Cremonese (2021), são fatores associados à VCM a baixa escolaridade, hipossuficiência econômica e dependência financeira do autor da violência. Características intrapessoais foram evocadas também nesse sentido, como é o caso da dependência emocional, que surgiu em algumas falas. Importante compreender que, como efeito de uma dominação psicológica, a dependência emocional pode compor a violência, mas é válido atentar para o risco de culpabilização da mulher. Também se faz necessário considerar que a chamada "dependência emocional" não é uma característica individual de algumas mulheres, mas efeito de uma estrutura que coloca as mulheres em um lugar de subordinação. Nesse sentido, pode ser trazida a discussão de Zanello (2018) acerca do que nomeia de dispositivo amoroso: as mulheres são subjetivadas a partir do valor que recebem de um homem.

Voltando à questão do "perfil" das mulheres em situação de violência, aspecto evocado pela questão feita às/aos participantes, destacamos alguns estudos que trazem um levantamento das características dessas mulheres na região de Guarapuava. Cabe frisar, ainda, que esse perfil se diferencia do perfil nacional, sobretudo no que tange ao quesito raça/cor. De acordo com o trabalho de Ferraz e Labronici (2009), a maioria das vítimas se encontrava na faixa dos 20 a 49 anos, 84,69% de cor branca. Quanto ao local, 72,8% das agressões ocorreram no domicílio, o que sinaliza a relação de proximidade com o autor da violência (86,5%), sendo em ordem de frequência companheiros, ex-companheiros ou pessoas conhecidas.

Outro trabalho que analisou o perfil a partir de dados de BO e inquéritos policiais de VCM, em Guarapuava (Raimondo, 2013), revelou que 82,8% das mulheres violentadas estavam na faixa etária dos 20 aos 59 anos. Quanto à escolaridade, 69,4% possuíam o ensino fundamental completo ou incompleto. 54,2% encontravam-se em

uma relação estável. Apenas 34,8% exerciam atividade formal ou com remuneração equivalente, 65,2% na informalidade trabalhista, sem emprego ou com baixa remuneração. Em 64% dos casos, a violência foi perpetrada por familiares ou parceiro íntimo, sendo 43,9% de ordem psicológica, 38,2% física e 13,4% moral.

Atentamos para o risco desse entendimento recair em um “empobrecimento da violência”, ilustrado por uma noção de que a VCM atinge apenas as mulheres com hipossuficiência financeira. Uma questão que pode contribuir para esta ideia é a inserção das UBS em territórios que atendem a população menos abastada financeiramente, assim, ao recorrer aos serviços das unidades, as ocorrências chegam ao campo de visão da sociedade e destes/as trabalhadores/as. Por outro lado, mulheres com médio/alto nível de renda também são alvos de agressões, tendo em vista ocorrências recentes de feminicídio no município, como o último registro desse ano¹⁰. Assim, mulheres com profissões e empregos estáveis também compuseram este trágico desfecho.

A assertiva de que “todas as mulheres estão sujeitas à violência” é pertinente, tendo em vista que o gênero feminino é colocado em posição de inferioridade quando comparado ao masculino. No entanto, uma única categoria não dá conta das variadas condições das mulheres. Assim, a noção de interseccionalidade nos reforça a inexistência de uma mulher universal. A abordagem interseccional remonta ao movimento feminista de perspectiva racial, que buscou incluir a pauta do feminismo negro. Nesse horizonte, a universalidade no campo dos direitos humanos e civis é questionada por não alcançar as diferenças que particularizam as experiências de opressão, tornando-as invisibilizadas. Segundo Crenshaw (2002, p. 177):

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.

Traçar um perfil que abarque o grupo de mulheres afetadas pela VCM não se trata de engessar, tampouco ser excludente, sinaliza atenção às vulnerabilidades.

¹⁰ <https://g1.globo.com/pr/campos-gerais-sul/noticia/2023/09/23/cabelereira-e-encontrada-morta-na-propria-casa-em-guarapuava-policia-investiga-possivel-feminicidio.ghtml>

Importante pensarmos como o atravessamento racial e de classe, mais uma vez, coloca mulheres em contextos vulneráveis e dificulta sua saída. Nesse sentido, trata-se de partir de uma análise que:

...não se restrinja à soma de características e identificação de marcadores de grupos específicos e de identificação, mas que capture o caráter processual e dinâmico que muitas vezes encontra-se invisibilizado nos discursos de diversidade e pluralidade, que podem gerar o não pertencimento por parte de muitas mulheres oriundas de um mesmo grupo (Barbosa *et al.* 2021, p 3).

Cabe assinalar, entretanto, uma crítica empreendida pela feminista Ochy Curiel (2020), segundo a qual, não é suficiente reconhecer estas diferenças, é preciso apontar as razões que produziram tais estruturas.

...o conceito pouco questiona sobre a produção dessas diferenças presentes nas experiências de muitas mulheres, principalmente mulheres racializadas e empobrecidas. Assim, ele tende a um multiculturalismo liberal que deseja reconhecer as diferenças, incluindo-as em um modelo diferente, mas que não questiona as razões para a necessidade dessa inclusão (Curiel, 2020, p. 132).

Uma perspectiva decolonial do feminismo, segundo a autora, identifica e compreende essas opressões como produtos de um sistema moderno colonial.

Assim, vimos que as condições marcantes em cada grupo de vulnerabilidade foram o aspecto financeiro/social (classe). Notamos a ausência de uma alusão ao viés racial enquanto um componente que qualifica e altera a vivência das mulheres em relação à violência. Os dados nacionais apontam que as mulheres negras são vítimas em maior proporção que as demais. As desigualdades estruturais refletem na discrepância nos dados de mortalidade por violência entre mulheres negras e não negras. Dados referentes ao interstício de 2009 a 2019 demonstram que houve aumento de 2% na taxa de homicídios de mulheres negras, ao passo que, no mesmo espaço temporal, ocorreu redução de 26% entre mulheres não negras. E ainda, quando verificado os anos de 2017 e 2018, a queda nos homicídios de mulheres não negras foi de 12,6%, já a mortalidade de mulheres negras foi reduzida em 7,2% apenas (Cerqueira, 2020). No entanto, a região da pesquisa (Sul do Brasil) é composta por uma população majoritariamente autodeclarada branca: 72,8% (IBGE, 2022), tornando essa diferença menos visível.

Os sinais de violência, mesmo que esta não seja afirmada pelas usuárias, são percebidos pelos/as profissionais, a partir da fala e/ou postura das mulheres. Dessa maneira, os discursos sinalizam compreensão do fenômeno no campo conceitual, de

reconhecimento dos sinais e exemplificação de casos. Em situações hipotéticas, embora pontuais, mas existentes, houve menções à dificuldade de enxergar sinais, como apresentado no recorte seguinte:

Jade/Dentista: *Eu não vejo sinais além de marcas, só as marcas, porque não sei, eu acho que eu não consigo enxergar esse tipo de coisa assim, em alguém conversando com a pessoa normalmente, sem que ela me conte realmente, só marca física.*

Outro recorte marca textualmente um distanciamento em relação à temática, colocando-a no lugar de uma narrativa produzida contemporaneamente e lançando margem de dúvida quanto à existência do fenômeno. Percebemos também a tentativa de equiparar a VCM à violência que é sofrida pelo homem, excluindo as contingências de gênero em que tais situações ocorrem.

Adriano/Médico: *Entendo que está bastante em voga, está se falando sobre isso, né. E, enfim, como tem violência contra a mulher, tem violência contra o homem também, só que dizem que a sociedade... dizem que a sociedade é machista, hoje fala-se muito nisso, né, então está se explorando bastante esse tema da violência da mulher, é o que eu vi por aí. Nunca parei para ficar estudando, sei que existe o problema, o problema social.*

De maneira geral, fica claro que os/as profissionais possuem um repertório conceitual acerca do fenômeno da VCM, tentam resgatar exemplos concretos para ilustrar as situações. No entanto, ao aproximarmos da experiência individual e localizada na instituição, por meio da pergunta “você já atendeu algum caso?”, notamos um distanciamento entre essa realidade relatada e a experiência desses atendimentos. Este exemplo ilustra a situação: a profissional responde acerca dos sinais de violência, percebe e suspeita de violência em seu atendimento.

Angélica/Enfermeira: *Ah, sim. É, então... Eu acho, assim, que esses sinais, assim... Depende até do modo como for que eu estou entendendo uma mulher. Como, né? Foi o que aconteceu que eu percebi esses dias atrás. Um casal jovem. Eu senti, assim, que ele... Ele... Tudo que ela falava, ele dizia... Você não está vendo que ela está perguntando isso? Você não está vendo? É de agora, não é? Eu falei, não. Não é de agora, né? De alguma coisa. Então, eu achei, assim... Muito... Não tem aquela necessidade, né? De tratar ela... Estava tratando ela violentamente. Na minha frente, sabe? Assim, sabe? Então, eu acho que esses são alguns sinais já de violência. Sabe? Porque eu acho que a violência não precisa estar... Não precisa ela vir aqui*

com a cara roxa para me dizer que ela apanhou, né? Que ela já sofre, né? Algum tipo de violência.

A mesma entrevistada acredita que a situação relatada se tratava de violência. No entanto, mais adiante, nega a possibilidade de ter atendido algum caso durante sua trajetória profissional.

Angélica/Enfermeira: *É, assim... Eu nunca peguei, assim... Nunca, né? Na área profissional, eu nunca atendi ninguém, assim... Que sofreu violência. A criança eu já peguei, sabe? Mas a violência contra a mulher mesmo, assim... Eu nunca atendi ninguém nesse caso, assim. Mas nesses casos implícitos, eu acho que tem bastante, sabe? A gente consegue, assim... Só no jeito de conversar, no jeito de olhar, né?*

Esta reação sinaliza que a violência, quando se torna visível no atendimento, requer ações e, muitas vezes os/as profissionais não sabem como atuar. Assim, o recurso da invisibilidade os/as isentam da responsabilidade de tomar medidas cabíveis. O próximo trecho ilustra esse mecanismo, talvez por uma descrença na efetividade dos recursos disponíveis ou por enxergar limite em sua atuação:

Nathalia/Enfermeira: *Eu acho que um pouco também de conhecimento e um pouco também de medo, né. Porque desde o momento que **eu vou ter que notificar eu vou ter que também ir atrás**, né. Isso não adianta fazer essa notificação e vou deixar assim, ah... Eu fiz essa notificação, mas, ah, será que o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) está fazendo alguma coisa? Será que o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) também está fazendo alguma coisa? Que é onde a gente trabalha junto, né. Então, assim, não é só notificar. E daí eu vou deixar essa paciente, ah, existe também o teu psicológico né. Eu vou ter profissionais pra poder atender? Toda essa demanda? Então eu acho que assim, eu acho que é válido você tem que ter a notificação, notificar tudo, só que também eu vou ter suporte pra tudo isso? (grifo nosso)*

Carlos/Médico: *Nunca atendi nenhum caso, por incrível que pareça, de 2014 até agora... talvez pelo setor que eu trabalho, porque geralmente eu fico na parte da clínica geral, e geralmente as violências vão pra parte de urgência e emergência.*

No último fragmento, a afirmação de não atendimento de nenhum caso é imediatamente negada pela glosa "por incrível que pareça", que denuncia a quase impossibilidade de um médico, trabalhando em uma Unidade Básica de Saúde, nunca

ter tido contato com um caso de violência contra mulher. Neste recorte a seguir, fica mais evidente a fala deste outro profissional.

Douglas/Médico: *Eu acho muito estranho que em 17 anos ninguém tenha se queixado pra mim, por mais que... a gente mora num bairro que você esperaria ter mais esse tipo de problema.*

A literatura aponta que cirurgiões e cirurgiãs dentistas são profissionais propensos a se depararem com lesões de violência em seus atendimentos. Por ser a região da face a parte do corpo frequentemente machucada nas agressões físicas, este/a profissional possui habilidade para identificar e diferenciar a causalidade dos traumas. A fala desta participante expressa posição oposta:

Jade/Dentista: *Então, a gente sempre ficava conversando sobre isso. Mas eu acho que quem mais entra nesse negócio, que tem mais facilidade de descobrir, é mais enfermeiro, médico, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os assistentes sociais, têm mais contato, mais conversa com o paciente. Aqui, assim, a gente não conversa muito. Porque **a gente conversa sobre a queixa do paciente, é só em relação ali, ao nosso tratamento da boca.** Faz o que tem que ser feito e a gente não toca em vida particular. [...] É raro quando a gente troca umas conversas assim e isso tudo parte deles. Porque eu não me sinto à vontade de ficar perguntando sobre a vida pessoal do paciente. Agora, quando eles falam, aí tudo bem, a gente acaba entrando nos assuntos. É isso, mas eu acho que para mim, **para o dentista, é um pouco mais difícil a gente identificar isso.** (grifos nossos)*

Considerando sua alta inserção no contexto da atenção primária, este grupo pode contribuir na prestação de cuidado integral, ao se atentar para os sinais da VCM. Assim, quando se limita ao tratamento físico das lesões, algumas situações podem passar despercebidas nos atendimentos (Nascimento *et al.*, 2022).

Quando se trata de VCM, a noção de público *versus* privado ganha força nos argumentos que versam sobre os limites de intervenções. De acordo com Segatto (2012), o âmbito comunitário foi substituído por uma lógica moderna, na qual o espaço doméstico se tornou um microcosmo, contudo, sem as vinculações sociais e experiências de cooperação. Esse movimento, fruto do colonialismo, contribuiu para a exposição das mulheres à violência de gênero. Como reflexo dessa perda de um

senso de coletividade, o imaginário social repercute a máxima de “não meter a colher em briga de marido e esposa”. No campo da saúde, a prática do cuidado pode estar revestida dessa lógica, à medida em que a intervenção possa ser entendida como uma invasão ao assunto de foro íntimo. É claro que, recentemente, campanhas produzidas pelas próprias políticas públicas têm investido na inversão desse modelo, a exemplo da Campanha "Mete a Colher", promovida pelo poder público e adotada por setores diversos, como empresas e instituições, como forma de dar visibilidade à luta contra a VCM e combater o feminicídio. Em 2022, passa a ser veiculada no mês de agosto a ação “Agosto Lilás”, a partir da Lei nº 14.448 (Brasil, 2022). Apesar desse discurso corrente nas políticas públicas, os dados das entrevistas apontam para a naturalização do senso comum em torno do tema como sendo algo da ordem do privado e não objeto de intervenção do Estado. Nesse sentido, o trabalho de Fusquine, Souza e Chagas (2021) revelou que 60% dos/as participantes acreditam que devem tratar as lesões de VCM sem interferir na condição pessoal e 26,6% acredita que agressão à mulher é um tema de foro íntimo e privado.

Além dessa compreensão de que estaria invadindo o contexto particular, algumas falas apontaram uma evitação, mesmo diante de reconhecidos casos de violência. Nessa situação, a invisibilidade é adotada como um mecanismo de proteção que, ao mesmo tempo que isenta a responsabilidade profissional, acaba privando a usuária de ter acesso ao cuidado integral.

Sofia/Dentista: *Eu não sei fazer, eu nunca fiz. Nesse dia, a gente até conversou com o enfermeiro do posto, ele falou que se a gente achasse mesmo que foi, tinha que notificar, mas que ele achava que era melhor não, porque a mulher ia falar que não foi e a gente ia... não ia acontecer nada. Sim, daí a gente não notificou. Mas eu, sinceramente, não sei como notificar ou quando ou como.*

Em outras situações, a invisibilidade se manifesta em um “pacto de silêncio velado”, conforme resposta à pergunta sobre a identificação de casos suspeitos e a prática da notificação:

Jade/Dentista: *Ninguém fala sobre esse assunto, nem eles [pacientes] e nem nós.*

Heloisa/Dentista: *A gente não se envolve, né? Porque o paciente, a gente descobriu por conta, né? O paciente não chegou contando, né? Então, a gente fica só, né?*

Naquela, nossa, que coisa, né? Mas a gente não se envolve. A gente, pelo menos na minha parte aqui, como nunca chegou ninguém falando pra mim. Eu descobri por conta, né? Eu não puxo assunto. Não. Se a pessoa falasse, de repente, eu poderia aconselhar, né? Olha, não tá certo, né? as se a pessoa vier e pedir um conselho, vem contar. Como nunca aconteceu isso, né?

O que seria necessário para que algum caso atendido fosse compreendido como objeto de intervenção e notificação ou comunicação externa de uma situação de violência? Algumas falas apontam para a gravidade das agressões, contrariando falas anteriores que reconhecem outras formas de violência como existentes. Observamos, mais uma vez, a primazia da violência física sob os demais sinais, e

Na ausência desses, criam-se impasses comunicacionais que acabam mascarando o fenômeno, sem contemplar a subjetividade das mulheres. Sem um 'marcador' para a violência, os profissionais não perguntam e as mulheres não revelam, limitando as possibilidades de um cuidado integral" (Acosta *et al.*, 2018, p. 4).

Há profissionais que escolhem olhar mais de perto a situação, por compreender sua responsabilidade. No trecho a seguir, embora a profissional tenha admitido possuir dúvidas em relação à rede, demonstra prontidão em averiguar um possível caso de VCM.

Sílvia/Dentista: *Mas se eu tivesse visto alguma coisa, eu iria denunciar. Ou até conversar com ela, né? Tentar de uma forma não direta. Tentar chegar no assunto pra ver se ela contaria alguma coisa. E se eu visse lesões, alguma coisa assim, eu teria que ser mais direta, né? Perguntar tudo e aconselhar. Porque, infelizmente, a gente não pode fazer, forçar a pessoa a fazer alguma coisa, né? A fazer a denúncia e tudo.*

Em outras situações, a intervenção não avança quando são encontradas limitações. No caso a seguir, o limite seria o fato de a mulher não denunciar, resultando na banalização dos casos recorrentes e falta de discussão de novas estratégias de cuidado.

Henrique/Dentista: *Pela minha especialização foi moldada para a questão da violência física. Então, é difícil você pegar violência psicológica no consultório, mas violência física ainda assim também é difícil porque elas esperam períodos de*

cicatrização para poder aparecer. Peguei dois casos de violência que eram, só que daí já eram reconhecidos que isso acontecia, a mulher não fazia denúncia. Então, sempre ficava naquele ciclo vicioso dela... Apanha em casa, aparece na unidade para receber tratamento, volta para casa e continua isso. Então, os dois casos que eu peguei eram nessas situações. Mas era mais ou menos isso.

Em relação ao excerto acima, uma participante pontua de modo pertinente que:

Karina/Enfermeira: *Não existe algo que seja 100%, muitas vezes a mulher não consegue denunciar e tudo mais, porque ela não consegue o amparo que ela precisa para afastar do agressor.*

No contexto da VCM, é comum as mulheres vivenciarem o ciclo da violência, no qual as agressões seguem um padrão com fases e escala de gravidade. É justamente esse funcionamento que dificulta a saída. Segundo a teorização da psicóloga Leonora Walker (2000), ele compreende três fases: inicia como a violência psicológica e moral, por meio de xingamentos, agressões verbais, ameaças, humilhações, etc., esta etapa é caracterizada pelo aumento da tensão. Em seguida, parte para a explosão, este momento consiste na agressão física em si. A última fase é denominada lua-de-mel, depois da descarga agressiva, ocorre pedido de desculpas e um curto período de estabilidade, até que um novo episódio inicie novamente.

A UPA é frequentemente citada como local em que preferencialmente mulheres vítimas de violência se dirigem, no entanto, esta especialidade é associada a casos de lesão física iminentes, deixando de fora as demais manifestações de violência exemplificadas. Assim, aponta a primazia da violência física sob as demais ocorrências. Em contextos de violência doméstica, a violência física ocorre de modo gradual e associada a outros tipos.

Igor/Dentista: *Então, normalmente o paciente, quando ele sofre um tipo de agressão, uma violência doméstica, uma violência, ele acaba normalmente sendo acionado por isso, que a polícia normalmente leva pra UPA, né. Então, assim, eu não sei como é que a UPA notifica, como que funciona bem certinho. Mas aqui na unidade a gente recebe muito poucos dessas situações, né.*

Diante desse entendimento colocado por profissionais, é importante apontar para fontes diversas que demonstram outra realidade, a começar pela organização do

SUS que define o estratégico papel da UBS na atenção integral às mulheres, que é assegurado pelo atendimento cotidiano a esses casos, como ilustrada a experiência de um participante da pesquisa. Este profissional relata que se deparou com um pedido de socorro durante seu atendimento. Enquanto o autor estava aguardando-a do lado externo do consultório, uma paciente entregou um bilhete pedindo ajuda e relatando seu caso de violência sofrida. Nos foi concedida a imagem contendo o texto, cujo teor da mensagem é apresentado na sequência:

“ Dtr _____ , preciso de vocês sofri agressão doméstica, eu não posso ligar para a polícia eu estou com o _____ (autor da violência) mais estamos com medida protetiva ligue para minha mãe (número do telefone) nome _____, fala o que aconteceu ele me bateu só por que ela me ligou onti ontem ele não me deixa sair de casa mais venham me busca.

Dotor venha com ela fale que você já notou que sofri agressão por favor vocês são minhas únicas e últimas esperanças.”

A fala deste outro profissional corresponde ao sentido de que os estabelecimentos de saúde são locais em que mulheres buscam ou entendem como um espaço em que sua demanda seria acolhida.

Igor/Dentista: *Normalmente as mulheres vão sofrer um tipo de violência doméstica, normalmente por algum companheiro próximo, familiar próximo, e normalmente essas violências costumam acontecer em casa, pelos que eu já acompanhei, normalmente violência em casa, e a gente vê também que a violência contra a mulher tem uma preocupação um pouco maior em relação à questão da denúncia. Normalmente já ela é subnotificada, então muitas vezes as mulheres acabam pedindo socorro nas unidades ou em serviços de saúde, só que muitas vezes elas não contam. Então a gente acaba identificando por algumas informações, algumas coisas desse tipo, então a gente tem que acostumar a ficar atento nessa particularidade da violência contra a mulher. Eu acredito que esteja no tipo de violência que normalmente é cometido por algum familiar próximo, e na questão dela ser pouca também denunciada, né, uma omissão, uma coisa mais velada, muitas vezes, né.*

Portanto, quando se fecha a possibilidade de receber casos, a partir do entendimento que a UBS não é procurada/adequada, é possível que não se tenha uma postura ativa para identificar a VCM nos atendimentos. Com efeito, não se busca o desenvolvimento de competências para aprimorar o trabalho. Esta situação, aparentemente, coloca o serviço de saúde de fora do cuidado.

Em relação ao desdobramento do caso apresentado, o profissional relata que discutiu o ocorrido com a gerência da unidade e juntos articularam uma nova consulta, para a usuária poder retornar. No mesmo dia que o CRAM foi acionado, a jovem foi levada para um local seguro, além de ter ampliada a sua rede de cuidado.

Esse relato retrata um pedido de ajuda, o qual, indiscutivelmente, é mais explícito que outros sinais. Assim, suscita o questionamento, a partir de quando deve se dar a intervenção profissional diante dos sinais? Sabemos que é comum que haja uma escalada em casos de VCM, de modo que deveria não ser preciso chegar em pontos críticos para agir. Não usarei aqui o termo "atuação precoce", porque o ato em si já é danoso, mas, perante o primeiro indício, a atuação pontual fará a diferença.

No mesmo estabelecimento, a constatação acerca de casos que adentram às unidades veio através da vivência da pesquisadora em campo, a partir do entrelaçamento do processo de pesquisa com a atuação da profissional na área da VCM. Foi neste local onde encontrei uma usuária do centro especializado em VCM, conforme mencionado na cena de observação. Outras falas demonstram que é uma realidade que chega nas UBS.

Monalisa/Médica: *Ou então na UBS mesmo, paciente que chega assim: “você são meu último recurso aqui, tô... minha última opção agora, tô pedindo ajuda pra vocês, que eu já passei por isso, por aquilo...”, gestante também que já... marido chegou quebrando tudo na casa, que não aceitava a gestação, a gente já acolheu também, muitas esposas, assim, que pedem divórcio, pedem a separação e o marido não aceita, ameaça colocar fogo na casa, ameaça tirar os filhos, assim, tem bastante já. Tem paciente que já ficou cega por causa de violência doméstica, já ficou surda. Então tem bastante caso que a gente pega.*

Jessica/Fisioterapeuta: *Eu desconfiei que ela sofria violência porque a dor não melhorava em nada, a gente fazia tudo que era possível e não melhorava. Aí eu cheguei até pedir para o colega também atender para ver se ele conseguia algum*

resultado, também não. Aí comecei a desconfiar que ali tinha um problema, e ainda perguntava, né: “viu, como é que é a sua relação na família, convívio com o marido, com os filhos?”. Ela dizia que tava tudo bem. Aí eu descobri depois, descobri que ela não veio mais, tinha ido embora da cidade, fugida do marido.

A gravidade e evidência dos casos são fatores determinantes das ações tomadas. Foi apontado nas entrevistas que os casos recorrentes não ganham *status* de intervenção, o que deveria ser o contrário, pois sinaliza que as medidas estão sendo insuficientes para eliminar o contexto de violência, além de caminhar para uma escalada de violência que, sabemos, pode ter fim com um feminicídio.

Maurício/Médico: *Querendo ou não é mais raro, a gente acaba [inaudível] numa unidade básica, né, estratégia de saúde da família é isso, talvez o que a gente pode ver aqui são casos mais que... que às vezes são tão corriqueiros, já né, que acabam se tornando ali quase que parte já do... uma coisa natural na vida da pessoa, às vezes. Quadros mais agudos acabam indo muitas vezes pra unidade hospitalar, pras UPAs. (...) Tem, eventualmente, coisas que são mais, digamos assim, que chamam atenção, que saltam mais aos olhos, são coisas que muitas vezes são mais fáceis de se notificar.*

O fato da VCM ocorrer com frequência, gera um tipo de desgaste para os/as profissionais e é fator de subnotificação, conforme veremos mais adiante. Ainda assim, é prevista a necessidade de notificar, segundo orientação da norma técnica. Em trecho específico sobre esse contexto:

É importante destacar, ainda, que a situação de violência se configura, frequentemente, como um quadro crônico e recorrente. Por esse motivo, nos casos de violência crônica, ou de repetição, deve-se registrar na notificação a ocorrência mais recente (Brasil, 2022, p. 5).

Neste primeiro tópico, destacamos a dificuldade de enxergar a violência, quando ela adentra os consultórios na forma real. Quando ela consegue se fazer percebida, repercute de maneiras distintas nas condutas futuras dos/as profissionais. A próxima fala ilustra despreparo e, ao mesmo tempo, desespero da profissional em se imaginar em uma situação de atendimento de uma mulher em situação de violência:

Micaela/Dentista: *Foi como eu te falei, chegou alguém com violência aqui, eu não sei o que eu tenho que fazer primeiramente. Eu vou ficar paralisada porque não sei pra*

onde que eu corro primeiro. Se é essa ficha, eu tenho que pedir um atendimento médico, esse atendimento médico é específico, eu tenho que colocar o que no prontuário? Eu tenho que chamar a polícia? Não, eu não posso atender aqui, eu tenho que atender no UPA, eu tenho que encaminhar no UPA, ela tem que entrar por emergência, eu não tenho nem ideia.

A principal questão posta é a notificação, a qual se coloca desconhecida em grande parte do grupo ou confundida com a comunicação externa, abrindo uma grande margem para a falta de compreensão também da função e do lugar do preenchimento da ficha no SINAN, que será discutida no próximo capítulo.

3.4.2 Conhecimentos e impasses em torno da notificação de violência

A notificação de violência é um ato resultante de uma situação de VCM que é percebida no serviço de saúde. Em outras palavras, para que este instrumento seja utilizado, é necessária a identificação de caso que configure alguma violação da integridade das mulheres. Discutimos no tópico anterior, a percepção e conhecimento dos/as trabalhadores acerca desses fenômenos em seu contexto de atuação. Haja vista que, como desdobramento da identificação dos casos, há a compulsoriedade da notificação. Desse modo, também esteve no objetivo da presente pesquisa, averiguar esta conduta entre os/as profissionais.

A partir das informações apresentadas nas entrevistas, a ideia da existência e função da notificação de violência não apareceu de modo uniforme. Houve, em grande parte das falas, desconhecimento sobre o tema. Nesse sentido, algumas categorias profissionais demonstraram maior familiaridade, como o caso da Enfermagem, os/as quais prestam os primeiros cuidados na atenção primária (Santos, S. *et al.*, 2018). Estas/as profissionais também compõem grande parte dos serviços de saúde, integram a equipe mínima das UBS e geralmente exercem a função de gerenciamento da unidade. Este foco é justificado na fala do participante:

Henrique/Dentista: *Porque principalmente a enfermeira tem uma visão melhor da equipe em si. E toda a informação vai passar por ela. Então, ela acabou fazendo esse*

procedimento. Daí a gente passava só, ó, tá acontecendo isso, tá assim, dessa maneira. E juntava com outras informações que pegava com o médico, pegava com os ACS.

Como efeito, pode haver a centralidade de ações dirigida a essas profissionais, apesar de serem de cunho coletivo. O conhecimento e proximidade de enfermeiras/os com a temática pode ser ilustrado pelas falas a seguir:

Elisabeth/Enfermeira: *A ficha de notificação é como de outros agravos. Por exemplo, da dengue, de doenças transmissíveis. E ela funciona, geralmente, por uma plataforma. Ou a gente imprime dessa plataforma e preenche a mão. E envia para a vigilância epidemiológica, para a continuidade, para a investigação dos casos. Mas não é um instrumento difícil. Basicamente, tem informações pessoais da vítima. De quando que aconteceu, de que tipo de violência que ela sofreu. Mas assim, não é uma coisa que a gente faz todos os dias. Mas acontece. Quando chega a acontecer e tem que notificar, já notifica.*

Ana/Enfermeira: *Desde a suspeita a gente faz a notificação. Então é uma questão da notificação que toda a equipe pode fazer, não precisa ser exclusivo do enfermeiro, do médico, então assim, a equipe aqui tem autonomia de fazer essa notificação. Então tem casos suspeitos, casos confirmados, é feita a notificação.*

Embora tenham sobressaído com a execução de ações referentes à VCM, outras falas expressam que há aspectos a serem aprimorados no fazer da enfermagem.

Suzana/Enfermeira: *Então às vezes a gente até falha nesse aspecto da notificação.*

Se a categoria de Psicólogos/as e Assistentes Sociais são referidas pelas demais enquanto apropriadas para lidar com a identificação de violência, quando se trata de notificação, mencionam a Enfermagem.

Diante do questionamento sobre notificar, a atitude dos/profissionais foi de direcionamento para esta categoria profissional, em decorrência de situações

distintas. Primeiro, o/a profissional compreende a função de notificar e, a partir de uma organização interna do serviço, direciona ou estende a demanda à enfermagem.

Monalisa/Médica: *A gente notifica, todas que chegam pra gente a gente notifica, tanto aqui quanto na urgência. Geralmente quando eu vou examinar eu peço para alguma outra enfermeira, técnica de enfermagem me acompanhar junto, né, pra fazer o exame, e já aproveito... a enfermeira imprime a ficha, a gente preenche, sabe, a gente notifica sempre.*

Igor/Dentista: *E normalmente quando a gente já tem uma suspeita de violência, normalmente é passado pra enfermagem, né. A enfermagem que faz esse primeiro atendimento, né. Então, comigo, assim, não é tanto fácil de acontecer, de passar uma paciente que sofreu. Mas a dificuldade que eu vejo, assim, na parte odontológica, na parte do atendimento odontológico, seria a de fazer a notificação do paciente e confirmar mesmo essa violência, né.*

De modo distinto de uma corresponsabilidade, em que se compreende que esta é uma atribuição geral e compartilhada, há outro entendimento, no qual enfermeiros/as são as pessoas indicadas para efetuar a prática. Esse pensamento está relacionado a dois fatores: o desconhecimento da prática da notificação, aliado à contumaz função de gerência da unidade exercida por profissionais da enfermagem. A hipótese para essa última noção é validada pelos setores institucionais que priorizam os treinamentos sobre VCM a este grupo, conforme a última experiência de capacitação relatada, em que o treinamento mais recente envolveu enfermeiras/os e médicos/as.

Isabela/Dentista: *Eu nunca realizei a notificação, nem sei como funciona, porque esses casos a gente tem passado para a enfermagem, e a enfermagem que está seguindo, eu nem sei como notificar, na verdade.*

Valentina/Nutricionista: *Sendo apresentada [a ficha], não teria dificuldade. Não faço nenhuma notificação para outro setor, assim, no máximo eu encaminho dentro da nutrição, esse outro tipo de notificação a gente não faz, é mais com a enfermagem.*

Beatriz/Nutricionista: *[pergunta sobre notificação] Acho que qualquer forma de denúncia primeiro tem que passar pela enfermagem. Se eu precisar fazer vou ter que falar com a enfermeira.*

Jade/Dentista: *Não conheço a ficha e não sei realizar. [pergunta sobre familiaridade com o tema] Com o tema sim, mas com a notificação não. Eu nem sabia, na verdade, sabia só que a gente podia denunciar e tal, mas sobre notificação nem sabia.*

As quatro falas acima demonstram que a notificação está, para parte do grupo investigado, fora do campo do saber. Esse desconhecimento contribui para a confusão conceitual entre notificação e comunicação externa. Foram recorrentes falas que condizem mais com a segunda conduta, como o exemplo seguinte:

Helena/Psicóloga: *Vou te falar bem a verdade é que eu não tenho conhecimento, talvez até porque até então eu não precisei diretamente. [...] A situação que estou atendendo é uma situação inversa. A gente fica nessa situação, como fazer uma denúncia desse tipo aí. Então existe este SINAN, porque não tenho conhecimento mesmo, não conheço o protocolo de como fazer isso.*

O trecho abaixo retrata a imbricação dos dois conceitos, no entendimento da entrevistada. Na sequência, outra profissional aponta como essa dificuldade pode interferir na orientação às pacientes. Pois, se há dúvidas quanto aos procedimentos, que são diferentes, essas inconsistências podem afetar a mulher atendida, levando-a à crença de que a notificação, por si só, dará conta dos aspectos legais. Ao contrário disso, a usuária pode hesitar que dados epidemiológicos sejam fornecidos, por crer que isso acarretará desdobramentos legais e envolverá outros indivíduos.

Fernanda/Dentista: *Como que é feito? Então, enquanto caso eu visualize isso, nós temos que primeiro chamar a enfermeira, né? Explicar o que tá acontecendo. Um agente comunitário. E através deles, eles que fazem essa notificação. Que levam pra frente isso. Eu nem sei como que funciona essa denúncia, né? Tem algum canal pra denúncia? No caso de violência contra a mulher?*

Heloisa/Dentista: *A desinformação. Por exemplo, a gente não sabe como fazer. Quem dirá? E as pessoas têm uma pessoa com, né? Com formação. Eu não sei. O*

que eu devo fazer, né? Quem dirá... Acho que as pessoas, assim, os pacientes, né? O pessoal que tem um pouco menos de instrução. Eu acho que a principal... A principal causa, eu acho, é isso. O que eu faço? As pessoas não sabem quais são os caminhos. Porque a gente sabe que tem a medida protetiva, né? Que daí... Mas como que você faz pra conseguir? Eu não sei. Eu não sei. Você tem que ir na delegacia, denunciar como é que é. Qual que é o processo, o caminho.

O fenômeno da confusão conceitual entre notificação e comunicação externa (citada como denúncia) aparece de modo persistente nos estudos que envolvem o tema entre profissionais e serviços de saúde (Ribeiro; Silva, 2018; Arboit, *et al.*, 2017), também é um aspecto que aparece acentuado na revisão de literatura. No decorrer das entrevistas, este foi um traço muito marcante, pois, em muitos momentos, não ficava claro sobre qual das duas ações o/a participante estava se referindo, sendo necessária a ratificação.

Em uma análise imediata, corre-se o risco de localizar esta correlação na Lei nº 13.931/2019, cujo conteúdo reside na obrigatoriedade de comunicação em 24 horas à autoridade policial em casos suspeitos de violência. De fato, uma das principais questões que surge a partir dessa modificação é o fato dela ser inserida como regra na norma de comunicação epidemiológica. A versão anterior da Lei nº 10.778/2003, contemplava a obrigatoriedade em casos confirmados e para situações/grupos específicos. Doravante, passa a ser uniforme. Portanto, essa generalização exige uma postura mais ativa dos/as profissionais no tocante ao teor da comunicação externa. Assim, é possível afirmar que a nova redação da lei colabora ainda mais para a correlação feita pelos/as profissionais.

Todavia, esta não é a única razão, pois, trata-se de uma mudança recente. Se parte significativa de trabalhadores/as não possuem familiaridade com a legislação primária, logo, há fatores para acreditarmos que são desconhecidas as minúcias decorrentes de novas alterações.

Há recorrente alegação acerca da confidencialidade das informações. No entanto, a garantia do sigilo continua respaldada e inalterada na lei, em seu artigo 3º: “A notificação compulsória dos casos de violência de que trata esta lei tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido”. Continua na sequência em seu parágrafo único:

A identificação da vítima de violência referida nesta Lei, fora do âmbito dos serviços de saúde, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em

caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável (Brasil, 2003).

Diante disso, o/a profissional continua mantendo assegurada a privacidade das informações.

No campo da formação/atuação em saúde, a racionalidade da ciência moderna orienta noções compartimentadas de cuidado, em que o indivíduo não é visto em sua totalidade. Por maiores que sejam os esforços para modificar esse funcionamento na prestação do cuidado, vemos o impasse: contextos de trabalho que demandam a integralidade e formações profissionais restritas a um campo de atuação. Assim, a separação dos campos de conhecimento contribui para que a VCM seja entendida, ainda, como uma questão de uma área específica. Frases como “não é minha área de atuação”, “Eu encaminho para a psicologia”, “não tenho habilitação para isso”, estão associadas à subnotificação.

É pertinente tomar como causa, em partes, a origem colonial em que se ancora a divisão de saberes. A nossa perspectiva de ciência adota o modelo eurocêntrico que, na lógica cartesiana, categoriza os fenômenos e universaliza experiências. Assim, na compartimentação das disciplinas em áreas estanques de conhecimento e atuação, é espelhada a construção do saber moderno, logo, com raízes coloniais.

Tal fato, deve na sua maioria ao despreparo do profissional de saúde em lidar com situações de violência, entendê-la também como um agravo à saúde e não somente como um caso policial. A formação dos profissionais de saúde assim como, suas práticas assistenciais basicamente foram calcadas num modelo centrado no complexo médico-hospitalar, modelo biomédico, onde o objeto de atenção não é o cliente como um todo, e sim, suas partes, os seus sinais e sintomas, a busca do diagnóstico e da cura da doença. A relação teoria-prática ocorre a partir de uma visão dicotômica, aliada a uma visão fragmentada do ser humano, servindo de indicador de uma formação reprodutora da ideologia dominante, idealista e descontextualizada. Portanto, uma educação de natureza acrítica e sem historicidade. Com frequência neste modelo, os profissionais não percebem os laços estruturais entre corpo e sociedade em virtude de sua formação ainda arraigada num sistema biologizante (Penna; Tavares e Sousa, 2004. p. 72).

Em decorrência desta atuação fragmentada, a notificação de VCM não é entendida como uma prática comum a todas as profissões. Depreende-se dos resultados da pesquisa que ela não vem sendo operada em toda sua potencialidade. O desafio da discrepância entre os registros de VCM é um obstáculo para a consolidação do sistema de dados em saúde enquanto uma fonte de dados fidedigno ao cenário retratado. O sistema não é um organismo autorregulável, depende do esforço de indivíduos que, no seu contexto de trabalho, traduzem a leitura da

realidade. Um dos pontos essenciais que a pesquisa pôde evidenciar, foram as razões elencadas por profissionais do campo estudado no tocante à subnotificação.

Para tanto, o grupo foi convidado a comentar sobre as possíveis causas da subnotificação. Embora muitos/as tenham apontado inicialmente certo desconhecimento acerca do que seria notificar, os motivos da subnotificação foram colocados com mais facilidade. Em primeiro lugar, a razão para não notificar foi a falta de conhecimento/treinamento:

Fernanda/Dentista: *Eu acho que é falta de informação. Maior, né? Porque, realmente, nós não sabemos, é que nem fala. Nunca fizemos nenhum curso, nunca foi nos orientado, nunca foi abordado esse tema que a gente tem em reuniões de equipe. Nunca foi abordado sobre nada contra a violência, nem contra a mulher ou contra a criança. Então, gente, acho que principalmente é falta de informação. De acesso a essa informação. E também, falta de, talvez, a ideia da gente, como profissional, ir atrás. Hoje tem tudo, né?*

Laís/Enfermeira: *Acho que é a questão da informação mesmo, de um treinamento, sabe? Ter um treinamento mais frequente. Assim, eu tô há dois anos, eu nunca fui chamada para um treinamento desse. Provavelmente teve, né? Em algumas outras vezes. Mas desde quando eu tô atuando, eu nunca ouvi falar que fizeram um treinamento. Ah, vamos atualizar, vamos, né? Vem aqui de novo, né? Para você, se acontecer, você estar... Então, eu penso nisso. É questão de treinamento, de você saber. A hora que acontecer, pegar a ficha, não ficar perdido. Falar, meu Deus, o que eu vou fazer agora?*

William/Dentista: *Ah, é simples. Só que a gente tem que saber. Vou ser bem sincero com você, eu não sabia. A minha profissão é muito fora dessas partes de sinais de notificação compulsória. Seja de doença qualquer ou de agressão. Porque se você for pensar em odontologia, não existe nenhuma doença de notificação compulsória. Então, eu sou bem desinformado nessa situação. Talvez se tivesse uma informação clara. Não digo capacitação, mas uma informação clara dentro da Unidade de Saúde de que casos assim precisam ser obrigatoriamente notificados. Seria uma parte importante, pelo menos assim. Para quem não sabe e agora está sabendo, pode não saber fazer a notificação. Mas saber que precisa fazer já é um começo.*

Sofia/Enfermeira *Eu acho que é a falta de informação mesmo, porque eu não sei como fazer. Eu nunca fiz na minha vida.*

Outro aspecto mencionado foi a preocupação com o envolvimento do/a profissional no caso, o que implicaria na exposição, retaliação, medo de ser alvo de violência. Inclusive, no caso de comunicação epidemiológica, esta afirmativa se manteve em algumas falas. A fala desta profissional se deu em um contexto em que falava sobre a capacitação da qual participou, onde abordou-se sobre a comunicação externa determinada pela Lei nº 13.931/2019. Acredita que este pode ser um fator que favorece a subnotificação.

Ludmila/Enfermeira: *E eu acho que isso pode constranger também o profissional. Não lembrei de falar, mas isso pode influenciar um pouco na notificação. O medo de se envolver com aquele fato, sabe? E ser juridicamente chamado, né? Ou então de se ver exposto a um retaliamento [uma retaliação], sabe? Pelo agressor. Isso pode acontecer, sim, e influenciar bem, eu acho.*

Luciana/Enfermeira: *Eu falo isso como UBS, não como urgência, porque urgência é diferente. Como UBS, eu acho que até, às vezes, por medo. Por exemplo, o agente comunitário às vezes comenta, mas, por exemplo, a gente fica com receio que o marido é o agressor. Nós notificamos e daí esse marido vai agredir alguém da UBS. Querendo ou não, ele sabe onde a gente trabalha. Ele sabe que a gente está aqui todo dia. Eu acho que, como UBS, o que acaba gerando seja até o medo dos profissionais serem agredidos também. Eu acho que isso acaba dando uma... uma travada. A gente sabe do caso de violência, mas aí a gente pensa, vai que a gente notifica. A gente sabe que não é assim, que vai ser notificado, que eles não vão saber que foi a gente que notificou, que é mais por uma questão de dados.*

Estudos apontam que ainda persiste o temor de que a violência recaia no agente da notificação, sendo este o principal motivo para não a executar (Cruz *et al.*, 2019). Para trabalhadores que atuam na Estratégia Saúde da Família, a violência no território é um fator que limita suas ações (Sturbelle *et al.*, 2019).

Foi verificado que a notificação tem mais chance de ser realizada quando o caso é evidente. Assim, veremos a seguir que situações em que há apenas suspeita são subnotificadas.

Rafaela/Fonoaudióloga: *Eu acho que talvez assim, a gente ter realmente a certeza, né, então isso às vezes nos deixa um pouco inseguro, né, de repente fazer uma notificação ali, e não ser real, né, aquilo. Então, eu acho que assim, eu só faria se eu tivesse bem certeza.*

Samuel/Médico: *Quando não é algo explícito, quando a paciente não chega mesmo vítima da agressão física, fica muito na questão do relato, às vezes a própria mulher não quer, fala que aconteceu outra coisa, que machucou... então esses dados aí no serviço, principalmente de urgência, que a demanda é muito grande, isso acaba passando pro profissional não abordar mesmo. Trata a queixa principal e aí não aprofunda pra saber a causa.*

Brenda/Dentista: *Eu acho que o profissional só vai realmente fazer essa notificação se for um caso muito, muito, assim, na cara. Porque quando você fica ali meio em dúvida, é complicado, né, fazer essa notificação. Às vezes acaba gerando algum problema, às vezes a gente não sabe se realmente tá acontecendo, o que tá acontecendo, se a pessoa... Eu acho difícil.*

Outrossim, o tipo de violência também influencia a conduta dos/as profissionais, de modo que quando há outras formas de violência mais graves associadas, é possível que seja feita a notificação.

Lara/Enfermeira: *[a violência psicológica somente] É uma coisa muito sutil, mas a violência psicológica, juntamente com a física ou sexual é “outros quinhentos”.*

Foram elencados também a falta de tempo e a alta demanda de trabalho, conforme a fala dessa participante. Foi mencionado sobre a rotina das UPA, local onde seria mais difícil de encontrar tempo para notificar.

Yasmin/Enfermeira: *Talvez seja a dinâmica dos ambientes de trabalho, talvez o profissional esqueça de fazer. E tudo fica muito em cima do enfermeiro, não só em posto de saúde, em hospital também. Eu sei que notificação não é só o enfermeiro que faz, qualquer profissional de saúde pode fazer uma... preencher aquilo, não vai*

cair o dedo, não vai cair a mão. O que eu vejo é que fica tudo muito em cima de determinado profissional que aquilo passa, esquece. Já tem um outro plantão, já tem um outro lugar pra ir, pode ser também displicência? Pode ser, mas eu acredito muito nessa carga muito pesada que o profissional precisa fazer, até pra ele pagar as contas dele, o salário não é digno...

Cinthia/Enfermeira: *Na correria do dia-a-dia a notificação passa batido, porque é muita coisa pra você fazer, pra você lembrar de notificar uma pessoa. E várias coisas a gente tem que notificar mas passando batido, então acho que esse é o grande problema da falta de notificação, principalmente da VCM. (...) Porque ela [a ficha] não é extensa, né, é uma página e meia se não me engano, então ela é tranquila de preencher, mas acho que acaba passando batido por causa do grande número de atendimentos e a correria do dia-a-dia.*

A cronicidade dos casos aparece como causa de subnotificação, embora não haja dispensa de notificar nesses contextos. A fala expressa exaustão profissional frente à possibilidade de lidar com a violência repetitiva:

Alex/Dentista: *O que poderia justificar uma subnotificação. Eu imagino que seria isso. Aqueles casos que... “ai, de novo!” Sabe quando acontece isso toda hora? Toda hora. Eu imagino que seja isso. Não os casos pontuais. Mas aquele caso “de novo?”. Parece que eles estão aqui todo dia. Por exemplo. Eu imagino que seja isso.*

Em seu estudo sobre representações sociais de profissionais de saúde em relação à violência perpetrada por parceiro íntimo, Santos, W. *et al.* (2018) apontam que a VCM é tolerada e banalizada, isto é, torna-se um evento corriqueiro no cotidiano desses/as trabalhadores/as

A questão do sigilo foi relacionada à subnotificação pelo fato do/a profissional ter medo de que identidade não seja resguardada, também a identidade do/a paciente. Houve crença de que seria um tipo de invasão à privacidade. Outra preocupação referente ao sigilo foi a ética profissional em tratar as informações, desde o conhecimento do caso na unidade, até os setores da rede.

Patrícia/Psicóloga: *Então isso eu fiquei um pouco receosa e com medo de notificar, justamente pensando, a pessoa tem um vínculo comigo (...). Isso fez com que as*

próximas notificações que eu fizesse, eu ficasse receosa. Mas enfim, tenho feito, tenho mandado.

Ingrid/Enfermeira: *Se eles [autores de violência] não forem atrás da pessoa talvez não, se ficar só pra indicadores, tranquilo. Mas aí, tipo assim, eu vejo assim bem complicado porque eu vou ter que colocar todos os dados da paciente, onde que eu vou achar esses dados? É no sistema. Eu vou abrir o prontuário do paciente que não me autorizou a abrir? Ficar abrindo e olhando, pegando dados pessoais? Muitas vezes é complicado isso também, né.*

Esteve presente nas falas também o medo de perder o vínculo com as pacientes, caso a notificação viesse a ser efetivada.

Luciana/Enfermeira: *Dependendo da paciente, a gente sabe que sofre violência, a gente sabe tudo o que está acontecendo, mas aí a gente tem muito medo, especialmente quando é gestante. Porque assim, a gente não pode perder o vínculo com a gestante.*

Algumas falas apontaram a ficha como dificultador, seja pela extensão ou formato em que é apresentada. A dinâmica de muitos atendimentos permite acesso ao sistema no computador, com dados de usuárias e prontuário eletrônico. Outras notificações, segundo participantes, são feitas de modo quase automático. Há uma aba destinada à notificação, mas foi relatado que não funciona no sistema utilizado nas unidades. Assim, uma pequena parcela acredita que poderia modernizar/ automatizar a ficha. Esta problematização remete à produção de dados, na qualidade das informações condições para que sejam produzidos.

Muito sabemos sobre a importância dos dados para toda e qualquer ação que se pretenda intervir. No enfrentamento à VCM, a função do panorama epidemiológico é embasar o planejamento das políticas públicas. No entanto, a produção e tratamento dessas informações têm se mostrado insuficientes. Diniz *et al.* (2022, p. 8) apontam que “a precariedade dos dados existentes nos dificulta compreender o cenário da violência, suas causas, sua incidência por região e que tipos de equipamentos e políticas públicas são eficazes para a redução da violência contra as mulheres”. Assim, as iniciativas estatais não garantem a articulação necessária ao enfrentamento da VCM, primeiro, pela dificuldade em unificar o sistema de informação. Segundo, por não fornecer condições necessárias às/aos profissionais. Desse modo, as instituições

não conseguem avançar nas suas proposições. O efeito mais danoso é sentido pela população, uma vez que a baixa precisão da magnitude do fenômeno afasta a possibilidade de uma intervenção mais direcionada.

Se a subnotificação é uma realidade verificada, logo, resta olhar para o cerne da questão: identificar os entraves que limitam a atuação dos/as trabalhadores/as deve ser uma preocupação primordial. As motivações alegadas para o/a profissional não notificar encontram-se dentro do alcance de intervenção, seja aspectos institucionais ou realidade social. Ambas são efeitos de Estado, que ora se coloca mais ou menos presente.

Parte das questões apontadas como dificuldades foram associadas à falta de informação, desde a formação acadêmica até a instrução em serviço e capacitações. A partir das falas, é possível notar o caráter informativo da pesquisa ao introduzir um tema com o qual não havia proximidade. Um dos efeitos é a atitude reflexiva acerca das práxis, na qual a trabalhadora passa a se questionar acerca da sua atuação, se algum caso de VCM passou despercebido à sua percepção.

Isabela/Dentista: *Eu acho que é o conhecimento mesmo, que a gente é dentista, é o contato super íntimo, né? Que nem olhando na face, até mesmo na boca, né? Algumas lesões, só que não foi abordado. A gente nunca aprendeu na graduação, até mesmo na pós-graduação, né? Como notificar e tal. E olha, pelo menos eu fiz residência multiprofissional, eu tive atendimento compartilhado com psicólogo, enfermeiro, e eu nunca aprendi a notificar, nem sabia, assim. Mas sempre a gente acaba meio que delegando para a enfermagem, né? Que já são super sobrecarregados e tal, com outras questões. Mas eu acho que é falta de conhecimento mesmo.*

Micaela/Dentista: *E acho, eu achei muito interessante. Quando a gente faz esse tipo de entrevista, a gente começa a lembrar algumas coisas e eu até fiquei pensando quantas vezes será que eu não coloquei pessoas aqui na minha cadeira, que estavam passando por isso e a gente não, sabe, não percebeu. Porque talvez não tem uma lesão física, mas tem outro tipo de lesão, uma lesão psicológica, por exemplo. Um trauma, alguma coisa, né? Muito interessante, eu gostei da pesquisa.*

William/Dentista: *Acredito que é bem proveitoso. Você me trouxe coisas que eu não sabia, também. É bom compartilhar um pouquinho de algumas coisas que acontecem e tudo mais.*

Visto que parte da causalidade da subnotificação esteve atrelada ao desconhecimento da obrigatoriedade de notificar, examinaremos a seguir as questões em torno desta prática e outras condutas relacionadas à identificação de VCM.

3.4.3 A quem cabe o cuidado? Condutas e percursos formativos diante da violência identificada nos serviços de saúde

Dentre os aspectos que circundam o tema da notificação, emergiram falas que remetem à responsabilidade de notificar. De um lado, houve entendimento de um grupo que acredita que esta não seria sua função, justificada em razão de que sua área não lida diretamente com o tema da VCM.

Rafaela/Fonoaudióloga: *Apesar da minha área não ser, né assim, não ter ligação com isso, mas através da minha área às vezes pode vir alguma paciente que esteja passando por isso.*

Bruna/Fonoaudióloga: *Da minha parte não, como eu disse, eu não notifico, não é da minha alçada, eu acho que não é. Eu penso da seguinte forma, eu vou numa capacitação sobre violência doméstica, eu não tenho capacidade para lidar com isso. Eu acho que não vão me chamar para fazer um curso sobre violência doméstica. O que eu tenho a ver com isso? O que me basta é o básico, escutei isso, escutei aquilo, chamo a polícia.*

Priscila/Fonoaudióloga: *Eu realmente nunca cheguei a notificar, a conversar com ninguém... A única coisa que eu fiz pra esse único caso que aconteceu [desconfiou de violência] foi a questão de encaminhamento pro psicólogo. Foi a forma que eu encontrei porque eu vi que ela tava sofrendo ali. Mas não quis me aprofundar, até por*

não ser uma especialista nesse caso, não vou saber como ajudar ou o que é que eu tinha que fazer. Então eu resolvi encaminhar ela.

Raissa/Nutricionista: *Eu desconheço como que é feito. Eu, se tivesse alguma situação que eu desconfiaria, primeiro eu perguntaria à enfermeira da unidade, à psicóloga da unidade pra saber qual o trâmite, né, porque aí acredito que seria mais a parte deles de encaminhar, ali... ter um acesso à rede mais direcionado. Mas ali eu não saberia como agir nesse caso.*

De fato, algumas especialidades possuem intervenções mais direcionadas às mulheres no contexto da UBS, como é o caso da Psicologia, Serviço Social e Enfermagem, as quais permitem acessar mais facilmente as dinâmicas da vida familiar e os aspectos psicossociais. As enfermeiras, por exemplo, citam que a ocasião do exame preventivo, realizado para detectar lesões ou alterações no colo do útero, é quando as mulheres mais se sentem à vontade para falar da sua vida pessoal. Segundo Lima *et al.* (2020), as consultas ginecológicas são momentos privilegiados de identificar e averiguar situações de violência. No entanto, as demais áreas dentro de suas condutas também possuem outras formas de identificar os sinais.

Nesse outro recorte, ao responder sobre os possíveis motivos da subnotificação, a fala deste profissional aponta que há um medo de sair de sua área de atuação. Esse temor se dá pelo desconhecimento do alcance da lei e pela tradição de trabalho fragmentado.

Otávio/Fisioterapeuta: *[a subnotificação] Não deveria existir isso daí, né, mas talvez por algum receio de tá, sei lá, indo um pouco além do tratamento. (...) Não faço ideia de como funciona a ficha, nunca ninguém tinha me falado isso, de que existe uma ficha pra você preencher, notificar.*

E, uma vez tendo conhecimento de que esta seria uma atribuição estendida a todos/as os/as profissionais, afirmam não se sentir capacitados para tal função. Nesse momento, justificam que não passaram por treinamento ou formação acadêmica que os/as preparassem para executar tal tarefa. O profissional abaixo diz que ficou surpreso com o assunto e justifica a subnotificação:

Tadeu/Fisioterapeuta: *Só não notifiquei porque não tenho habilitação para isso, eu nunca deixei de ajudar, mas de notificar com certeza. Não sei o caminho passo a passo. Mas não faço por medo, por receio, não faço porque não tenho o caminho pra fazer. Nunca tive treinamento, você é a primeira pessoa que falo sobre isso. Desde que tenha a confirmação da violência, como eu já tive várias vezes de visualizar dentro da clínica, eu nunca fiz a notificação por falta de informação. Óbvio que a situação não passou em branco, mas eu direcionei, fiz o que estava ao alcance, mas a notificação com esses dados epidemiológicos eu não fiz. Como eu, têm vários profissionais que talvez não tenham feito.*

Assim, vemos que o despreparo profissional tem sido a tônica em torno da identificação e notificação da VCM, bem como a subsequente demanda por capacitação. Por outro lado, a fala desse outro participante dá pistas acerca do que seria priorizado no campo de estudo da formação em saúde. Por que, no rol dos agravos, a VCM invocaria menor empenho? Olhando o fenômeno de forma pregressa, a própria condição de gênero é posta como inferiorizada, haja vista os tardios avanços na luta por direitos das mulheres. Descendemos de um Estado que outrora legitimava assassinatos de mulheres ao legislar sobre a fatídica tese da defesa da honra nos crimes de feminicídio. Desse modo, se produz no imaginário social o que é prioridade.

Maurício/Médico: *[sobre notificação] Eu acredito que uma das coisas importantes é muitas vezes a falta de informação. É uma coisa que teoricamente... **teoricamente qualquer profissional de saúde vai ter visto dentro da faculdade**, por exemplo, **mas não é uma das coisas que as pessoas geralmente “dão mais bola”**, né. Enquanto... a gente está preocupado lá em estudar... câncer de estômago, enquanto uma pessoa da enfermagem está preocupado na questão de gestão ou de qualquer coisa do tipo, em aprender passar uma sonda por exemplo, **a gente acaba muitas vezes deixando de lado** essa questão importante de informações nesse aspecto também. (grifo nosso)*

Seja pela insuficiente abordagem desde a formação acadêmica, passando por uma relativa escassez de educação permanente em serviço, ou ainda, pela prioridade

de outros agravos em detrimento da VCM, é fato que estes aspectos comprometem a atuação.

Brenda/Dentista: *Ah, eu não sei como é que funciona a rede, eu ia ter que dar uma pesquisada pra saber o que fazer com o caso. A gente ia passar aqui pra frente, aqui na unidade, que daí a gente se junta e consegue discutir o que seria melhor pra ser feito. Normalmente a gente faz assim, mas... Até porque daí tem a parte dos agentes comunitários, quando a gente fica em dúvida com uma coisa, daí a gente pede pra eles lá pra ver, pra confirmar. Eu acho que teria que ser uma equipe inteira pra ele fazer uma notificação. Eu acho que não dependeria só de eu ver alguma coisa. A enfermeira investigaria, pediria pra pessoa vir, ou o agente comunitário iria na casa. Então, eu acho que teria tudo isso pra daí partir pra uma notificação. Imagino que seria alguma coisa assim.*

A fala deste profissional revela desconhecimento acerca dos dispositivos de cuidado às mulheres e, como forma de reparar suas limitações como o tema diante de um possível atendimento de VCM, elege o trabalho em equipe, principalmente agentes comunitários/as enfermeiros/as. Outra inconsistência percebida no trecho, é a necessidade de confirmação do caso para posteriormente notificar.

A pouca familiaridade acerca do funcionamento dos demais serviços é um limitador das ações, pois acaba retardando ações que deveriam ocorrer com fluidez. Parte significativa dos relatos demonstram despreparo diante de um possível atendimento à mulher acometida por violência. Para alguns/mas participantes, a aprendizagem sobre qual conduta adotar, se dará somente a partir da vivência da situação, a qual impulsionará a busca na equipe/unidade dos meios informativos. É importante a conscientização de cada profissional que compõe a rede acerca de seu papel, que compete à prevenção e identificação precoce dos casos, acolhimento, atendimento e notificação, assim como o encaminhamento para demais dispositivos a fim de fornecer a integralidade do cuidado (Carneiro *et al.*, 2021).

A rede de enfrentamento à VCM reconhece a sua complexidade, a qual demanda conjunto de setores articulados para lidar com o problema, ao lado da Justiça, Segurança Pública, Assistência Social, dentre outros, a Saúde integra o campo de ações que não se limita ao combate, mas busca atuar na prevenção, assistência e garantia de direitos (Brasil, 2011b). Nesse sentido, compete aos /às

trabalhadores/as que compõem o setor da saúde conhecer os dispositivos e atuar na lógica integrada, já que não estão fora dele. A partir das respostas que circundam este aspecto, grande parte do grupo demonstra desconhecimento da rede e como ocorreria o fluxo de atendimento. Essas limitações comprometem a qualidade do atendimento às mulheres e acaba por enfraquecer as políticas de enfrentamento. De acordo com Rodovalho (2022, p. 8):

A falta de integração entre os equipamentos e serviços da rede de enfrentamento à violência colabora para a precariedade dos dados e vice-versa. A falta de integração dos serviços leva à piora do atendimento à mulher que se sente desencorajada a buscar ajuda ou até mesmo denunciar a violência, o que gera uma subnotificação dos casos que por sua vez gera uma ausência de dados qualificados e estruturados.

Na esfera municipal, a cidade conta com serviço de referência do CRAM, órgão ligado à SPPM, cuja especialidade reside em fornecer o atendimento inicial às mulheres afetadas pela VCM. Atualmente, encontra-se em construção a Casa da Mulher Brasileira, entidade já existente em algumas capitais do Brasil, a qual congrega diversos serviços.

Em Guarapuava a estrutura da casa foi adaptada ao número de habitantes, sendo aqui construída a de Tipologia III. Para essa tipologia, além do atendimento jurídico, social e psicológico, o espaço contará com segurança pública presente, podendo ser da Delegacia da Mulher ou da Patrulha Maria da Penha da Polícia Militar, a critério do Governo do Estado. O objetivo da Casa da Mulher Brasileira é integrar os serviços da Rede de Enfrentamento à violência contra as Mulheres em um só local, evitando, portanto, a revitimização e garantindo um atendimento integral (Guarapuava, 2023).

Assim, quando se trata de enfrentamento à VCM, busca-se trazer a atuação coletiva, mediante as múltiplas dimensões que o tema envolve. O trabalho de dissertação de Pienegonda (2018) retrata mais profundamente as políticas públicas de atenção à mulher, bem como os serviços existentes em Guarapuava.

Diante do que os/as profissionais expuseram acerca da notificação, fica evidente que paira sob o grupo dificuldades em compreendê-la como parte de suas atribuições e executá-la. A Nota Técnica 62/2022 recupera pontos da legislação que tratam dessa obrigatoriedade e reitera quem deve notificar: “A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros/as profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente” (Brasil, 2022). O documento lembra que, ao deixar de fazê-la, incide sob o/a responsável o ato de infração legal sanitária e crime contra a saúde pública.

Todavia, não podemos nos furtar de reivindicar as condições necessárias de trabalho, para não correr o risco de direcionar a responsabilidade de modo unilateral para os/as profissionais de saúde. No entendimento das origens coloniais e sua relação com as violências e opressões, tomemos como interrogação quanto ao papel do Estado, que atua, conforme Segatto (2012), em seu exercício de “dar com uma mão aquilo que retirou com a outra”, isto é, de criar os mecanismos de reparação para o que é causado pela sua estrutura mais profunda. Nesse movimento, percebemos a baixa eficiência estatal em prover contextos favoráveis ao efetivo exercício dos/as trabalhadores. A falta de tempo/espço para reflexão e discussão das práticas, decorrente da sobrecarga dos serviços, atuação individualizada, são exemplos de um esvaziamento da presença de um Estado reparador.

Ao abordar gênero e colonialidade, Segatto correlaciona o papel do Estado e as violências, tecendo relação de causalidade com a destruição do tecido social. Em uma perspectiva de cuidado decolonial, podemos pensar no papel dos serviços e seus agentes, a partir de um movimento de reintegração, no qual as unidades de saúde e demais entidades da rede possam promover em seu território o fortalecimento do senso comunitário. Esta lógica da coletividade também é benéfica para as equipes e demais órgãos, pois rompe com a noção de um objeto compartimentado.

Indagamos acerca da existência/conhecimento de um fluxo de VCM, que orientaria as condutas adotadas diante dos casos, apontando a trajetória das mulheres e prestação do cuidado pelos equipamentos da rede, que por sua pronta para ser acionada conforme a sua especificidade. Nesse aspecto, as falas demonstraram variações.

No mesmo grupo que apresentou distanciamento da temática, também foi trazido o desconhecimento acerca do fluxo. Contudo, mesmo dentre o grupo que já possuía certa proximidade com o tema, poucos profissionais chegaram a demonstrar um fluxo estruturado em casos de VCM. Se referiam a uma construção individual de como deveria ser a conduta diante dos casos, ou mencionavam o que era estabelecido em cada unidade, a partir da dinâmica de trabalho e gestão do setor. Depreendemos desses relatos que o percurso da mulher que inicia o atendimento nas unidades depende da experiência e entrosamento da equipe na condução dos casos (Carneiro *et al.*, 2022).

Laís/Enfermeira: *Olha, eu não sei te dizer como que eles tão fazendo aqui na unidade. Porque assim, como eu te falei, quando eu entrei aqui, não foi passado. Não aqui com a unidade, mas no posto de saúde, assim. Nunca foi passado um treinamento explicando como funciona, um fluxo, por onde a gente seguir. Então, se acontecesse comigo, eu ia ter que ligar e falar, ó, me ajuda. O quê que eu faço primeiro, né? Por onde que... Tem mais uma vez falta de treinamentos.*

Já o caso de fluxo para violência sexual foi apresentado sob uma perspectiva diferente, em que se mostra mais consolidado no relato dos/as participantes.

Daiane/Enfermeira: *A gente tem o protocolo tanto nos casos da violência sexual, a questão dos horários ali, o que fazer em cada um dos casos. E com relação à violência doméstica, aqui na UBS eu não presenciei. Mas o protocolo a princípio é comunicar à polícia e tá encaminhando... avaliando cada caso conforme a necessidade, né.*

Ludmila/Enfermeira: *O município tem o fluxo determinado, mas é específico para a notificação, para o atendimento à violência sexual. E os demais casos, assim, é para o suporte mesmo do que o paciente precisa, clinicamente ou suporte emocional. Mas eu diria assim, o serviço de apoio, né? Eu trabalho com as outras instâncias, o CRAS, o CREAS, né? A notificação para esse setor, o conselho tutelar, a notificação para esses setores, né? Mas de fato assim, não tem o como, sabe? Não tem para outras situações de violência, né? E a gente teve um treinamento no começo, acho que desse ano, se eu não me engano. E ela falou um pouquinho a respeito do fluxo, de novo, daquela questão da notificação policial, dos casos de violência, da obrigatoriedade.*

Acreditamos que a consolidação do fluxo da violência sexual deve-se às iniciativas institucionais em estabelecer com clareza seu funcionamento e pactuar o cuidado na rede. Também pode estar ligado a uma atitude de prioridade das ações, consoante à gravidade dessa tipologia de violência, em vista das suas consequências na ordem do corpo das mulheres. A comunicação institucional da secretaria de saúde e CRAM veiculam notícias de implantação e treinamento sobre o tema, o qual também é contemplado na reunião da Rede de atenção à mulher em situação de violência, legalmente instaurada no município.

Em Guarapuava, este organismo foi instituído pela Lei nº 1.777/2008 e posteriormente alterada pela Lei nº 2.195/2013. Sua atribuição é agregar entidades

governamentais, não governamentais e a sociedade civil com vistas à prevenção e erradicação da VCM, além de buscar promover o cuidado às mulheres. As frentes de trabalho são direcionadas aos campos da Prevenção, Atenção, Proteção e Acompanhamento. As ações da rede são desenvolvidas sob coordenação da SPPM, de modo horizontal com outros agentes (Guarapuava, 2008; Guarapuava, 2013).

Ainda sobre a questão fluxo, outros/as profissionais afirmam:

Igor/Dentista: *A gente, cada profissional, acaba fazendo o seu próprio fluxo, né. Eu utilizo o fluxo que eu pedi no hospital. Então, o que seria, inicialmente, a comunicação da polícia e acionamento do CRAS, né. Do serviço. Normalmente, né, como a paciente tem aquela dependência, né. Acaba sendo necessário acionamento do CRAS pra ajudar nessa parte. Mas, normalmente, a gente aciona a polícia, faz a notificação, né. Aciona o CRAS e, ali, essas entidades, normalmente, fazem. Daí, a gente faz a parte de atendimento, a parte de saúde, né, da paciente. Mas, daí, essa parte social e parte criminal, ele acaba, né, **se desligando daqui**, né. A gente só dá os encaminhamentos. Mas, eu acredito que um protocolo fixo, acredito que, talvez, deva existir. Mas, eu não tenho esse conhecimento, sabe (grifo nosso).*

Patrícia/Psicóloga: *(...) Então é um caso bem complexo, mas infelizmente a gente aqui na unidade tá bem revoltado, porque daí a gente tá bem articulado, fazendo várias coisas que a assistência deveria estar fazendo. E, sabe, vários casos de violência a gente não dá conta sozinho. E teve outros casos também, de violência, às vezes contra a mulher, enfim, porque a gente depende que os outros casos... que os outros serviços nos auxiliem, mas é difícil esse trabalho. Eu acho que o trabalho em rede não está acontecendo, seria um ponto falho, assim.*

Foram encontradas lacunas no tocante ao trabalho em rede, as quais partem desde a não identificação dos serviços disponíveis por parte dos/as trabalhadores/as, até a ausência de contrarreferência em alguns casos. Nesse sentido, há a ideia de que os serviços têm operado na lógica do individualismo em detrimento de articulações intersetoriais. É promissor o argumento de que o combate à VCM não envolve um único agente, diante do qual impera a necessidade de envolvimento maior entre as entidades e as pessoas que a compõem. A fala desta profissional exemplifica, a partir de sua vivência, uma situação de cuidado compartilhado.

Rebeca/Assistente Social: [...] outra que está sendo atendida pela Secretaria da Mulher, pelo CAPS também, sabe, pelo CREAS, também atende já situações que o direito já foi violado, então tem toda essa rede de acompanhamento. Então tem reuniões também relacionadas a essas pessoas em específico, essas porque sabemos, né, tem reuniões na secretaria da Mulher, com a Patrulha Maria da Penha, sabe, eles fazem o acompanhamento com psicóloga, assistentes sociais, às vezes vão no Conselho Tutelar...

Diante das constatadas dificuldades no campo da identificação e notificação de violência, profissionais vislumbram que isso seja atenuado por meio da capacitação. Muitos/as alegam não ter tido a formação acadêmica adequada para lidar com o tema e enxergam os treinamentos como forma de habilitar e aprimorar a conduta.

William/Dentista: Talvez como sugestão pra vocês, encaminhar mesmo isso à Secretaria de Saúde, falar, olha, avisa o pessoal que precisa ter a notificação compulsória de violência. A gente não tá tendo, a gente tá tendo, não sei, não sei de números e tudo mais, mas não custa lembrar. Do mesmo jeito que a gente é lembrado a fazer a notificação de doenças transmissíveis, a gente precisa, às vezes, ser lembrado de outras... de outros detalhes assim.

Para outro profissional, a capacitação é um aspecto importante, mas não dá conta por si só da complexidade do tema, dando indícios que é necessário aprofundar nas questões estruturais. Seria interessante a inclusão de outras categorias profissionais no processo de treinamentos, principalmente na abrangência de temáticas que tradicionalmente são vistas como demandas da Psicologia, Serviço Social e Enfermagem. Os resultados apontam que, nesse âmbito, a integração das demais áreas não ocorre, pois atuam na margem.

Miguel/Dentista: Mas não é alguma capacitação que vai mudar uma cultura. São passos lentos, mas numa direção. O primeiro passo é a consciência, como tem sido feita essa capacitação. [...] Olha, que legal. Então, eu acho que seria isso. A gente dá parabéns por essa área de estudo. Acho que seria isso. Muito obrigado. Foi importante.

Laís/Enfermeira: *Porque, assim, talvez quem vai fazer essa notificação é o enfermeiro, ou o médico, mas provavelmente o enfermeiro. Mas é bacana que todo mundo sabe, né? Porque talvez um agente comunitário não notifica, mas ele sabe, tipo, ele está vivendo ali dentro. É bem bacana, e acho que a informação, assim, é muito válida pra todo mundo. Porque, assim, numa unidade básica, a gente é uma equipe, tipo, um precisa do outro. Então, por que não todos saberem? Eu acho bem interessante isso.*

A profissional acima defende a importância do trabalho em equipe. Nesses casos, “a partilha entre os profissionais pode também auxiliar a dirimir as inabilidades diante a formação deficitária e a carência de capacitações” (Carneiro *et al.*, 2021, p. 5).

Os componentes da rede de saúde e assistencial, bem como os órgãos de atenção às mulheres, têm se mostrado eficientes à medida em que trabalham de modo articulado com as UBS. Apesar das lacunas apontadas nessa relação, relatos evidenciam que a assistência se torna integral quando, de um lado, há o conhecimento da rede por parte dos/as trabalhadores, de outro, o cumprimento das funções dos demais entes que a integram.

Luciana/Enfermeira: *Tanto que aqui a gente já entrou em contato com o CRAM, acaba vindo bastante aqui na UBS, tem algumas pacientes que fazem acompanhamento psicológico, tem acompanhamento jurídico com o CRAM. Nós conversamos, o CRAM conversa (...). Não tivemos problemas com relação a isso, sabe? Essa parte da rede não tem problema, assim, sabe? Tanto que a gente... Se a gente aciona o CRAM, eles vêm, o CRAM procura a UBS. Daí também, às vezes, eles atendem as pacientes aqui para tirar do domicílio, que às vezes a companheira está na casa, eles acabam vindo aqui, sabe? Então, com o problema com a rede, não tem. Ela funciona.*

Caio/Dentista: *Aí, depois de irem embora, eu conversei com o enfermeiro, que é o responsável pela unidade, e acionamos o CRAM, né? Que é a... Atenção à mulher. Aí, soubemos que depois, naquela tarde mesmo, a polícia foi na casa deles, lá. Prendeu ele. E ela foi pra casa da mãe dela.*

Apontamos a relevância dos serviços especializados, que constituem “espaços de acolhimento/atendimento psicológico, social, orientação e encaminhamento jurídico à mulher em situação de violência, que proporcione o atendimento e o acolhimento necessário à superação da situação de violência” (Guarapuava, 2019. Anexo I, art. 1º).

Gisele/Psicóloga: *Eu sempre sigo o protocolo de fazer o primeiro atendimento, acolhimento dessa mulher, entender, né, qual esse processo que ela está vivenciando e direcionar pros atendimentos adequados, que é o CRAM. Então, toda vez que eu tenho alguma dúvida, toda vez que eu faço esse reconhecimento da violência contra a mulher, já imediatamente tento marcar um horário para as meninas do CRAM fazerem uma orientação pra elas.*

A experiência da pesquisa possibilitou também escutar outro lado da VCM, no qual estão presentes os atravessamentos do gênero na vivência das próprias trabalhadoras. Recuperamos a informação do Gráfico 6, figura ilustrativa da feminilização da saúde, em que 73,6% da equipe são mulheres. As participantes, que inicialmente foram convidadas a falar sobre o tema a partir da posição de agente de cuidado às mulheres, relataram situações de violência em sua vida pessoal, intrafamiliar ou com outras colegas de trabalho. Assim como não há neutralidade partindo do/a agente da pesquisa, cada participante fala a partir de seu lugar de experiência, uma vez que a categoria profissional de saúde, nesse sentido, não é uma identidade fixa. O tema da pesquisa quase chegou a ser motivo de recusa por parte de uma mulher, em virtude da sua inferência inicial de que a entrevista abarcaria sua experiência pessoal. Diante disso, o reconhecimento de casos em um atendimento pode ser tornar mais difícil de alcançar, considerando possíveis impasses na própria dinâmica pessoal da trabalhadora. Fica evidente a dimensão que o tema ocupa na vida das pessoas, a partir do lugar das profissionais, é importante pensar no cuidado a quem possui a função de cuidar.

Para além dos treinamentos e capacitação, algumas alternativas foram elencadas por participantes como enfrentamento das situações de violência. O trabalho com autores de VCM foi citado como uma intervenção cabível e necessária, tendo em vista a possibilidade de um mesmo indivíduo exercê-la contra diferentes pessoas.

Caminhando para o encerramento destes escritos, recuperamos a premissa adotada neste trabalho, pela qual defendemos que, para além de uma elaboração teórica com base em contexto social, ela constitui uma intervenção. Partilhamos desse argumento abordado por Santos (2019), ao discutir a perspectiva da análise do discurso nas pesquisas sobre mulheres em situação de violência e sua relação com a análise do discurso de Pêcheux. É apontada, pela autora, a capacidade de intervenção por meio de uma análise do discurso, já que, quando nos debruçamos a estudar e discutir um fenômeno, produzimos implicações e desdobramentos no campo teórico-prático.

Ainda nos detendo na autora, diante de particulares contextos que nos deparamos em uma pesquisa, tomamos o compromisso ético-metodológico de dar vazão a demandas que se colocam a partir do que é suscitado em uma investigação. Perante o exposto, compreendemos já como uma ação, o fato de profissionais de saúde produzirem reflexões acerca do tema abordado.

Suzana/Enfermeira: *Então até essa nossa fala, é uma... né, de repente um alerta pra nós aqui na unidade estarmos fazendo essas notificações.*

Miguel/Dentista: *Você estar vindo aqui, já desperta um olhar nosso a mais para isso.*

E, ainda, pela possibilidade de uma devolutiva para os/as colaboradores/as, construída mediante questões que emergiram no campo de pesquisa. Tais pressupostos partem da já mencionada não separação entre teoria e prática, pesquisa e intervenção, a partir da perspectiva do Feminismo Decolonial. Em vista disso, a cartilha “Identificação e notificação de violência contra as mulheres: estratégias e prevenção” (Santos, *et al.*, 2023) (Anexo I) pode vir a colaborar com o processo de formação das equipes, vez que contempla os temas centrais, a saber, a tipologia da violência, instruções para notificar e acolhimento dos casos.

A referida produção é resultante de um processo iniciado na extensão universitária da UNICENTRO, intitulada “Identificação e Notificação de situações de violência contra mulheres: formação para a atenção básica de saúde”. Além da atuação das acadêmicas do curso de Psicologia, houve participação de aluna da pós-graduação e profissionais do Núcleo Maria da Penha (NUMAPE). Foi realizada uma formação com 99 trabalhadores/as, em 10 unidades de saúde do município de Irati no ano de 2022 (Boguchewski *et al.*, 2022). Essa experiência teve como desdobramento

a criação de um material que pudesse auxiliar profissionais de saúde no processo de identificação e notificação de VCM, tendo em vista as principais dificuldades verificadas na fala dos/as profissionais, bem como no levantamento apontado pelo estudo de Santos, Lourenço e Chimin Jr (2021), o qual aponta significativa subnotificação oriunda do município. Para além disso, o projeto-piloto deu ensejo a outra proposta extensionista, contemplada em edital do Programa Universidade Sem Fronteiras da Secretaria da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior do Paraná (SETI-PR), intitulado "Notificação da violência contra as mulheres via SINAN: estratégias de prevenção", que tem por objetivo realizar formações para identificação e notificação de violência interpessoal contra mulheres para toda a rede dos 10 municípios vinculados à Associação dos Municípios do Centro-Sul do Paraná (AMCESPAR).

Consta no material a definição e tipologia da violência, assim como caracterização do SINAN. Também são apontadas as razões para notificar. Outro aspecto importante contemplado no guia é a forma de acolhimento aos casos. Por fim, é apresentada a ficha e o instrutivo para o seu preenchimento, diferenciando os campos: obrigatório, campos-chave e essencial, informação importante, tendo em vista que a falta de preenchimento de determinados itens pode inviabilizar e/ou comprometer a qualidade dos dados sobre violência. A identificação dos campos também visa o desenvolvimento de estratégias de facilitação no preenchimento, tendo em vista o cotidiano dos serviços. Assim, os/as profissionais conseguem identificar rapidamente quais são os campos que precisam ser preenchidos, de modo a, mesmo em situações em que não têm todos os dados disponíveis (comuns em casos suspeitos, por exemplo), realizar a notificação.

Temos como proposta de devolutiva ao serviço compartilhar este material aos/às trabalhadores/as, e articular junto ao DGTES um encontro formativo, visando englobar todas as categorias profissionais atuantes nas UBS. Há parcerias em curso da prefeitura de Guarapuava com a Universidade, por meio de espaços de formação. Nesse caminho, pretendemos efetivar um retorno perante o que foi apontado pela presente pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pautas de que tratam os feminismos eurocentrados foram percebidas como insuficientes por não contemplar aspectos estruturais dos sistemas. A emergência do feminismo decolonial passa a congregar o que a colonialidade destituiu, bem como, tensiona as bases das epistemologias do norte, mediante a crítica às suas origens coloniais e pretensa universalidade.

À luz dessa consideração, este trabalho procurou imergir no contexto das UBS do município de Guarapuava-PR, estabelecendo contato com profissionais de saúde a fim de tecer um panorama acerca da identificação de VCM em seus atendimentos. Sendo uma das ações originadas a partir da percepção desse agravo, a prática da notificação de violência via SINAN também foi alvo de apreciação na pesquisa.

O percurso de investigação teve origem na vivência da pesquisadora, a partir da trajetória acadêmica e profissional, na qual a experiência de capacitação na extensão universitária e posterior trabalho enquanto psicóloga na rede do município foram determinantes para o delineamento do projeto. Nesse sentido, a relação de atravessamento do tema assenta na ideia de que o processo científico não é puramente neutro, conforme o paradigma dominante da epistemologia do norte global assegura.

A partir de uma metodologia assumidamente decolonial, buscamos apontar os marcadores de colonialidade, ao passo que tentamos expor novas perspectivas, a chamada decolonialidade. Uma das maneiras que sinalizam esse movimento foi a proposta de colocar a pesquisa enquanto uma ação contributiva-interventiva. No campo de estudos, buscamos enxergar as notificações de violência interpessoal contra mulheres pela ótica da decolonialidade.

No percurso do trabalho, a corporificação da pesquisadora é convocada, a partir das interrelações que este lugar promove. A pesquisa não é um ponto de partida neutro, já que emerge de experiências da pesquisadora com o tema e lócus de trabalho, os quais se mantêm em constante interlocução. Nesse sentido, a pesquisadora encarnada traz marcadores reflexos dos próprios objetos de pesquisa: gênero, profissional da saúde, ex-trabalhadora da rede de assistência às mulheres e

pesquisadora. Essa posição fronteiriça insere o corpo-sujeito da pesquisadora também sujeito-agente da pesquisa.

Diversos aspectos abordados na revisão de literatura foram percebidos em nosso estudo. A pesquisa revelou que há dificuldades para enxergar a violência no cotidiano dos atendimentos, efetivar a notificação via SINAN e dar prosseguimento ao cuidado em rede. Parte dessas dificuldades são justificadas pelos/as próprios/as participantes ao associá-las com a falta de treinamento e capacitação sobre o tema. Concluímos que a divisão de saberes aplicada no exercício das equipes contribui para um cuidado compartimentado, na qual as mulheres/pacientes são vistas dentro dos limites que cada área propõe como objeto de estudo. Uma vez tomado esse caminho, torna-se difícil alcançar a dimensão integral na prática dos atendimentos.

Quanto aos treinamentos, consideramos sua relevância para a formação das equipes, contribuindo para dirimir dúvidas e inseguranças, sendo significativo o fato de profissionais que não participaram da recente capacitação, abordarem de forma incipiente ou desconhecem a notificação. Sua eficácia pode se refletir na produção de dados epidemiológicos.

Ao enfatizar durante as entrevistas, a importância da produção de dados, a pesquisadora interpela e é interpelada. Afinal, o papel de pesquisadora não é um lugar neutro, nos provoca, nos induz a deslocamentos. Um deles ocorre pelo apontamento feito por um participante, no qual sugere que seja falado, junto à gestão, acerca da necessidade de capacitação.

Relacionamos a hesitação em notificar com o ideário do público *versus* privado, no qual as ações relacionadas à VCM esbarram no imaginário de que consistem em violações da vida privada, particularidade esta que se produziu a partir da restrição das mulheres ao ambiente doméstico/intrafamiliar.

Cabe seguir apostando na articulação das unidades com a rede, especialmente o centro de atenção às mulheres em situação de violência, que se mostra um dispositivo essencial de cuidado a esse público. A ideia de transformação da realidade é promissora a partir do envolvimento de diversos agentes.

É crucial a função dos/as trabalhadores/as das UBS na identificação da VCM, visto que é através da notificação que ela é dimensionada no âmbito das políticas públicas. Assim, cabe à gestão a garantia das condições institucionais para efetivar essa prática. Face à dispersão de dados de violência, o SINAN se mostra um instrumento capaz de auxiliar no dimensionamento do fenômeno.

Lembramos do carácter situacional da pesquisa, por retratar uma conjuntura dentro de um espaço e tempo, cuja dinâmica pode ser alterada. As considerações não esgotam a necessidade de realizar outros estudos e abrem possibilidade de abordar novos aspectos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA, D. F. *et al.* Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, p. e6770015, 2017.

ACOSTA, D. F. *et al.* Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural. **Revista Gaúcha De Enfermagem**, v. 39, p. e61308, 2018.

AGUIAR, J. D. N. Teoria pós-colonial, estudos subalternos e América Latina: uma guinada epistemológica? **Estudos de Sociologia**, v. 21, n. 41, 2016.

ALMEIDA, T. M. C. Corpo feminino e violência de gênero: fenômeno persistente e atualizado em escala mundial. **Sociedade e Estado**, v. 29, p. 329-340, 2014.

ANDRADE, I. A. O; BALLESTRIN, L. M. A. Pós-colonialismo na América Latina: uma reconstrução a partir da trajetória do grupo latinoamericano de estudos subalternos (GLAES). In: XXIII CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, 2014, Pelotas. **Anais 2014**. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2014.

ANZALDÚA, G. **Borderlands/La Frontera: La nueva mestiza**. Madrid: Capitán Swing, 2016.

ARBOIT, J. *et al.* Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. e03207, 2017.

ASSIS, B. C. S. *et al.* Que fatores afetam a satisfação e sobrecarga de trabalho em unidades da atenção primária à saúde? **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 6, p. e3134-e3134, 2020.

ÁVILA, T. P. Notificação compulsória e comunicação externa em casos de violência doméstica contra a mulher. In: STEVENS, C.; OLIVEIRA, S.; ZANELLO, V.; SILVA, E. & PORTELA, C. (org.). **Mulheres e violências: interseccionalidades**. Brasília: Technopolitik, 2017. p. 523-545.

BALLESTRIN, L. América Latina e o giro decolonial. **Revista Brasileira de Ciência Política**, p. 89-117, 2013.

BANDEIRA, L. M.; ALMEIDA, T. M. C. A transversalidade de gênero nas políticas públicas. **Revista do CEAM**, v. 2, n. 1, p. 35-46, 2013.

BARALDI, A. C. P. *et al.* Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 12, p. 307-318, 2012.

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**, v. 30, 2021.

BARSTED, L. L. O Avanço Legislativo Contra a Violência de Gênero: a Lei Maria da Penha. **Revista da Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro**, v. 15, n. 57, p. 90–110, 2012.

BENTO, S. F. *et al.* Dificuldades de profissionais de saúde do Estado de São Paulo com o preenchimento da ficha de notificação compulsória dos casos de violência sexual contra mulheres. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 15, n. 1, p. 29-35, 2014.

BERNARDINO-COSTA, J.; MALDONADO-TORRES, N.; GROSGOUEL, R. (org.). **Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico**. 2. ed. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2020.

BORGES, C. Colonialidade do ser e sustentação do racismo: entendimento à luz de Néelson Maldonado-Torres. In: VI Congresso em Desenvolvimento Social, 2018, Montes Claros. **Anais**. Montes Claros: Universidade Estadual de Montes Claros, 2018. p. 2261-2268.

BOTELHO, L.L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

_____. Decreto nº 1.973, de 10 de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. **Diário Oficial da União**, Brasília, 02 ago. 1996, p.14471.

_____. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para modificar a modalidade da pena da lesão corporal simples cometida contra a mulher por razões da condição do sexo feminino e para criar o tipo penal de violência psicológica contra a mulher. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1940, p.23911.

_____. Lei nº 9.099 de 26 de setembro de 1995. Dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 set. 1995, p.15033.

_____. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for

atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 nov. 2003, p.11.

_____. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial da União**, Brasília, 08 ago. 2006, p.1.

_____. Lei nº 14.188 de 28 de julho de 2021. Define o programa de cooperação Sinal Vermelho contra a Violência Doméstica como uma das medidas de enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher previstas na Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), e no Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), em todo o território nacional; e altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para modificar a modalidade da pena da lesão corporal simples cometida contra a mulher por razões da condição do sexo feminino e para criar o tipo penal de violência psicológica contra a mulher. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 set. 2021, p.1.

_____. Lei nº 14.232. Institui a Política Nacional de Dados e Informações relacionadas à Violência contra as Mulheres (PNAINFO). **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 out. 2021, p.1.

_____. Lei nº 14.448, de 9 de setembro de 2022. Institui, em âmbito nacional, o Agosto Lilás como mês de proteção à mulher, destinado à conscientização para o fim da violência contra a mulher. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 set. 2022, p.1.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. 2ª edição do VIVA: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília: Editora MS, 2016. 94 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 maio 2001, seção 1e.

_____. Nota Técnica nº 62/2022-CGDANT/DAENT/SVS/MS. Trata-se de informações sobre o escopo, preenchimento e fluxo das notificações de violências interpessoais e autoprovocadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2022.

_____. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 mar. 2010.

_____. 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017.

_____. Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011a.

_____. Secretaria de Política para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres. Brasília, SPM, 2011b.

_____. Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019. Altera a lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 dez. 2019, p. 4.

BOGUCHEWSKI, C. et al. Identificação e notificação de violência contra as mulheres. **Seminário de Extensão Universitária da Região Sul-SEURS**, 2022.

CAMPOS, M. L.; ALMEIDA, G. H. M. D. Violência contra a mulher: uma relação entre dimensões subjetivas e a produção de informação. **Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, v. 15, n. 2, p. 349-367, 2017.

CARNEIRO, C.T. *et al.* Fluxos de atendimento às mulheres em situação de violência na atenção primária à saúde. **Revista Ciência Plural**, v. 8, n. 3, 2022.

CARNEIRO, J. B. *et al.* Condições que interferem no cuidado às mulheres em situação de violência conjugal. **Escola Anna Nery**, v. 25, 2021.

CARVALHO, E. F. M.; LAGUARDIA, J.; DESLANDES, S. F. Sistemas de Informação sobre violência contra as mulheres: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1273-1287, 2022.

CARVALHO, J. J. Encontro de Saberes e descolonização: para uma refundação étnica, racial e epistêmica das universidades brasileiras. In: BERNARDINO-COSTA, J.; MALDONADO-TORRES, N.; GROSFUGUEL, R. (org.). **Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. p. 79-106

CASTANHA, L.; LIMA, M. R. T.; PECORARO, T. Acolhimento de mulheres vítimas de violência na Atenção Básica em Saúde. **Revista NUPEM**, v. 14, n. 31, p. 248-262, 2022.

CASTRO-GÓMEZ, S. **Ciências sociais, violência epistêmica e o problema da 'invenção do outro'**. In: LANDER, E. (org.). A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais, perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: Clacso, 2005, p. 80-87.

CASTRO-GÓMEZ, S.; GROSGOQUEL, R. (eds.). **El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global**. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2007. p. 127-193.

CERQUEIRA, D. (coord.). Atlas da violência 2020. São Paulo: FBSP, 2020. 96 p.

_____. (coord.). Atlas da violência 2021. São Paulo: FBSP, 2021. 108 p.

CHIARA, M.; BAGGIO, A. T. Decolonização, Sul global e colonialidade do poder. **Revista X**, v. 16, n. 1, p. 175-193, 2021.

CORDEIRO, K. C. C. *et al.* Formação profissional e notificação da violência contra a mulher. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 209-217, 2015.

CORREIA, C. M. *et al.* Sinais de risco para o suicídio em mulheres com história de violência doméstica. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, v. 14, n. 4, p. 219-225, 2018.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 172, p. 171-188, 2002.

CRUZ, N. M. *et al.* Significados acerca da notificação da violência contra a mulher: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 14, n. 2, p. 144-150, 2015.

CRUZ, N. P. S. *et al.* Preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência interpessoal e autoprovocada: desafios enfrentados pelo profissional de Saúde. **Revista Hum@nae**, v. 13, n. 2, 2019.

CURIEL, O. Construindo metodologias feministas a partir do feminismo decolonial. In: **Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, p. 120-138, 2020.

DANNER, L. F.; DORRICO, J.; DANNER, F. Decolonialidade, lugar de fala e voz-práxis estético-literária: reflexões desde a literatura indígena brasileira. **Alea: Estudos Neolatinos**, v. 22, p. 59-74, 2020.

DESCARTES, René. **Discurso do Método**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

DIAS, L.; PRATES, L. A.; CREMONESE, L. Perfil, fatores de risco e prevalência da violência contra a mulher. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 20, n. 1, 2021.

DULCI, T. M. S.; MALHEIROS, M. R. Um giro decolonial à metodologia científica: apontamentos epistemológicos para metodologias desde e para a América Latina. **Revista Espirales**, p. 174-193, 2021.

DUSSEL, E. Europa, Modernidade e Eurocentrismo. In: LANDER, E. (org.). **A colonialidade do saber: Eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2005. p. 24-32.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

FBSP – Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: FBSP, 2021a. 380 p.

_____. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: FBSP, 2023. 357 p.

_____. Violência doméstica durante a pandemia de COVID-19. São Paulo: FBSP, 2020. 17 p.

_____. **Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil**. 3. ed., 2021b. 44 p.

FERRAZ, M. I. R; LABRONICI, L. M. Perfil da violência doméstica contra mulher em Guarapuava, Paraná. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 261-268, 2009.

FIGUEIREDO, C. Estudos Subalternos: uma introdução. **Rádio-Revista do Programa de Pós-Graduação em Letras da UFGD**, v. 4, n. 7, p. 83-92, 2010.

FONSECA, A. F. (org.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FORPROEX – Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras e Sesuu/MEC. **Plano Nacional de Extensão Universitária**. Edição Atualizada. Brasil, 2001.

FREITAS, R. J. M. *et al.* Atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher. **HU Revista**, v. 43, n.2, p. 91-97, 2017.

FUSQUINE, R. S.; SOUZA, Y. A.; CHAGAS, A. C. F. Conhecimentos e condutas dos profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 113-124, 2021.

GOMES, N. P. *et al.* Enfrentamento da violência conjugal no âmbito da estratégia saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 4, p. 477-481, 2014.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano**. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GUARAPUAVA. Com 30% das obras concluídas, casa da mulher brasileira em Guarapuava avança para nova fase. 2023. Disponível em: <https://guarapuava.pr.gov.br/noticias/com-30-das-obras-concluidas-casa-da-mulher-brasileira-em-guarapuava-avanca-para-nova-fase/>. Acesso em: 24 nov. 2023.

_____. Decreto nº 6.568, de 2018. Aprova Regimento Interno do Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação De Violência – CRAM, do Município de Guarapuava. **Diário Oficial do Município**, Guarapuava, 2018.

_____. Lei nº 1777, de 2008. Institui a Rede de Proteção à Mulher Guarapuavana. **Diário Oficial do Município**, Guarapuava, 2008.

_____. Lei nº 2195, de 2013. Altera a Lei nº. 1.777/2008 que institui a Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência no Município de Guarapuava. Guarapuava: Câmara de Vereadores, 2013.

_____. Lei nº 2597, de 2016. Institui o Plano Municipal de Políticas Públicas para Mulheres de Guarapuava. **Diário Oficial do Município**, Guarapuava, 2016.

HOLANDA, E. R. *et al.* Fatores associados à violência contra as mulheres na atenção primária de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 1, p. 1-9, 2018.

HOLLANDA, H. B. (org.). **Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais**. Rio de Janeiro: Bazar: 2020.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo populacional**. IBGE: 2010.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD Contínua**. IBGE, 2022a.

_____. **População**. IBGE, 2022b.

KILOMBA, G. **Memórias de Plantação**: episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

KIND, L. *et al.* Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1805-1815, 2013.

KLANOVICZ, L. R. F.; PIENEGONDA, F. Políticas públicas de enfrentamento da violência contra mulheres no Brasil: o caso do município de Guarapuava, Paraná. **Diálogos Latinoamericanos**, v. 19, n. 27, p. 12-21, 2018.

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**, v. 14, n. 41, p. 2059-2059, 2019.

LESFEM – Laboratório de Estudos de Femicídio. Monitor de Femicídios no Brasil. Paraná, 2023. Disponível em: <https://sites.uel.br/lesfem/monitor-brasil/>. Acesso em: 24 nov 2023.

LUGONES, M. Rumo a um feminismo descolonial. **Revista Estudos Feministas**, v. 22, n. 3, 2014.

LIMA, J. C. V. *et al.* Rastreo e encaminhamento de casos de violência contra a mulher por enfermeiras na estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, p. 25: e65579, 2020.

LIRA, K. F. S.; CASTRO, R. V. Percepções de Profissionais da Saúde sobre Violência contra as Mulheres. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 107-122, 2022.

MACHADO, M. E. S. *et al.* Percepción de profesionales de salud sobre violencia contra la mujer: estudio descriptivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, p. 209-217, 2017.

MALDONADO-TORRES, N. “Analítica da Colonialidade e da Decolonialidade: Algumas Dimensões Básicas”. In: BERNARDINO-COSTA, J.; MALDONADO-TORRES, N.; GROSGOQUEL, R. (org.). **Decolonialidade e Pensamento Afrodiaspórico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. p. 31-61.

MALDONADO-TORRES, N. Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. In: CASTRO-GÓMEZ, S.; GROSGOQUEL, R. (ed.). **El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global**. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2007. p. 127-193.

MARQUES, C. G. P. Colonialidade e feminicídio: superação do “ego conquiro” como desafio ao Direito. **Opinião Jurídica**, v. 19, n. 38, p. 201-226, 2020.

MARTINS, A. P. A.; CERQUEIRA, D. R. C.; MATOS, M. V. M. A institucionalização das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil (versão preliminar). **Nota Técnica do IPEA**, n. 13, 2015.

MARTINS, L. C. A. *et al.* Violência de gênero: conhecimento e conduta dos profissionais da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 39, p. e2017-e0030, 2018.

MARTINS, P. H.; BENZAQUEN, J. F. Uma proposta de matriz metodológica para os estudos descoloniais. **Revista Cadernos de Ciências Sociais da UFRPE**, v. 2, n. 11, p. 10-31, 2017.

MESSEDER, S. A. A pesquisadora encarnada: uma trajetória decolonial na construção do saber científico blasfêmico. In.: HOLLANDA, H. B. (org.). **Pensamento Feminista Hoje: Perspectivas decoloniais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020. p. 165

MIGNOLO, W. D. Colonialidade: o lado mais escuro da modernidade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 32, n. 94, p. e329402, 2017.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1259-1267, 2006.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 4, p. 513-531, 1997.

MOLETA, H. P. F.; ALMEIDA, M. J.; RIBEIRO, E. R. A eficácia da educação permanente na percepção da equipe de enfermagem de um hospital filantrópico do Paraná. **Espaço para Saúde**, n. 18, v.1, p. 65-75, 2018.

NASCIMENTO, E. O. Colonialidade, Modernidade e Decolonialidade: Da Naturalização da Guerra à Violência Sistêmica. **Intellèctus**, v. 20, n. 1, p. 54-73, 2021.

NASCIMENTO, T. B. *et al.* A importância da atuação do cirurgião-dentista frente à violência contra a mulher: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Odontologia Legal**, v. 9, n. 2, 2022.

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**, v. 11, p. e74-e74, 2021.

OLIVEIRA, M. M.; RAIMONDO, M. L. Percepção de mulheres vítimas de violência sobre o convívio com o agressor durante a pandemia. In: VI ENCONTRO SOBRE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR: UMA VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS, 2021, Jequié. **Anais Eletrônicos**. Jequié: UESB, 2021.

OYĔWÙMÍ, O. Conceituando o gênero: os fundamentos eurocêntricos dos conceitos feministas e o desafio das epistemologias africanas. **CODESRIA Gender Series**, v. 1, p. 1-8, 2004.

PARANÁ. Lei nº 19.873, de 2019. Institui o Dia Estadual de combate ao Femicídio. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, 2019.

PEDROSA, M.; ZANELLO, V. (In) visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, p. 1-8, 2017. Número Especial.

PENNA, L. H. G.; TAVARES, C. M. M.; SOUSA, E. R. A importância da inserção da temática "violência contra a mulher" no currículo de enfermagem. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 3, p. 2, p. 69-77, 2004.

PIENEGONDA, F. K. **Gênero e Políticas Públicas: o atendimento a mulheres vítimas de violência no município de Guarapuava-PR**. 2018. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Comunitário). Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO, Irati. 81 p.

POLÍCIA CIVIL DO PARANÁ. **Relatório anual da violência contra meninas e mulheres no Paraná (RAVMM/PR 2019/2021)**. 1 ed. Curitiba: ESPEN, 2022.

PORTELA, C. B. A perspectiva decolonial no pensamento social brasileiro: pode a subalterna falar? In: 45º Encontro Anual da Anpocs, 2021. **Anais**. UFC-UNILAB, 2021.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América latina. In: LANDER, E. (org.). **A colonialidade do saber: Eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2005. p. 117-142.

QUINTERO, P.; FIGUEIRA, P.; ELIZALDE, P. C. **Uma breve história dos estudos decoloniais**. São Paulo: MASP Afterall, 2019.

RAIMONDO, M. L. **Perfil epidemiológico da violência contra a mulher em Guarapuava, Paraná**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

RIBEIRO, M. R. C. *et al.* Violence against women before and during gestation: differences in prevalence rates and perpetrators. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, p. 491-501, 2020.

RIBEIRO, R. U. P.; SILVA, A. L. Notificação compulsória de violência na atenção básica à saúde: o que dizem os profissionais? **Revista LEVS**, v. 21, n. 21, p. 164-164, 2018.

RODOVALHO, R. T. **A Ausência de Dados sobre a Violência Contra a Mulher no Brasil**. 2022. Monografia de Conclusão de Curso (Pós-graduação em Gestão Pública), Insper, São Paulo.

SAID, E. W. **Orientalismo**: o Oriente como invenção do Ocidente. São Paulo: Companhia dos Livros, 2008. 523 p.

SANTOS, B. S. **A gramática do tempo**: para uma nova cultura política. 4. ed. atual., ampl. São Paulo: Autêntica, 2021. E-book. ISBN 9786588239162. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9786588239162>. Acesso em: 29 jun. 2023.

_____. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Novos Estudos**, p. 71-94, 2007.

_____. **Um discurso sobre as ciências**. 4ª edição. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, Kátia Alexsandra. Interpretação é intervenção? A análise do discurso e o compromisso social em Michel Pêcheux a partir de pesquisas sobre violência contra a mulher. **Revista Interfaces**, v. 10, n. 3, p. 172-182, 2019.

SANTOS, K. A.; LOURENÇO, A.; CHIMIN JR, A. B. Violência contra a Mulher em Irati-PR: Mapeamento da Incidência e da Rede de Enfrentamento. IN: VIANA, A. C.A A. *et al* (org.). **Gênero e Interseccionalidade**. Memórias do IV Encontro de Pesquisa sobre Mulheres. Curitiba: GRD Editora, 2021. 2 v. p. 245-262.

SANTOS, K. A. et al (orgs.) **Identificação e notificação de violência contra as mulheres: Estratégias de prevenção**. Unicentro, 2023. Cartilha.

SANTOS, S. C. *et al*. Violência contra a mulher: como os profissionais na atenção primária à saúde estão enfrentando esta realidade? **Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 2, p. 359-368, 2018.

SANTOS, W. J. *et al*. Violência doméstica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo: representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, p. 770-777, 2018.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 112-120, 2006.

SCOTT, J. Gênero: uma Categoria Útil de Análise Histórica. **Educação e Realidade**, v. 20, n. 2, p.71-99, 1995.

SEBALDELI, A. C. G.; IGNOTTI, E.; HARTWIG, S. V. Violência contra a mulher em uma cidade da fronteira do Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. e0910312941-e0910312941, 2021.

SEGATTO, R. L. Gênero e colonialidade: em busca de chaves de leitura e de um vocabulário estratégico descolonial. **E-cadernos CES**, n. 18, 2012.

_____. **Qué es un feminicidio**. Notas para un debate emergente. Brasília, 2006. Disponível em: <https://www.nodo50.org/codoacodo/enero2010/segato.pdf>. Acesso em: 06 jul 2023.

SOARES, J. S. F. Violência nas relações íntimas e adoecimento: a perspectiva das mulheres em situação de violências. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress, 2017, Florianópolis. **Anais Eletrônicos**. Florianópolis, 2017. P.1-9.

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-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 789-800, 2018.

SOUSA, M. H. de *et al.* Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 94-107, 2015.

SOUZA, N. Ss. **Tornar-se negro ou As vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.171p.

SOUZA, T. M. C.; REZENDE, F. F. Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 21-38, 2018.

SPIVAK, G. C. **Pode o subalterno falar?** Editora UFMG: Belo Horizonte, 2010. 135 p.

SPPM – Secretaria de Políticas Públicas Para as Mulheres. **“A epidemia da violência contra as mulheres” foi o tema da live alusiva ao dia internacional da mulher**. 2021. Disponível em: <https://www.guarapuava.pr.gov.br/noticias/a-epidemia-da-violencia-contra-as-mulheres-foi-o-tema-da-live-alusiva-ao-dia-internacional-da-mulher/>. Acesso em: 09 fev.2023.

_____. **Relatório SUAM:**
Sistema Único de Atendimento à Mulher. SPPM: Guarapuava, 2023.

STURBELLE, I. C. S. *et al.* Violência no trabalho em saúde da família: estudo de métodos mistos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, p. 632-641, 2019.

TOMASI, E. *et al.* Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s193-s201, 2008.

VERGÈS, F. **Um feminismo decolonial**. São Paulo: Editora Ubu, 2020.

VICENTE, L. M.; VIEIRA, E. M. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de medicina e médicos residentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 01, p. 63-71, 2009.

VIEIRA, E. M. *et al.* Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 4, p. 566-577, 2009.

WALKER, L. **The Battered Woman Syndrome**, New York, Springer, 2. ed. 2000.

WALSH, C. **Interculturalidad, Estado, Sociedad: Luchas (de)coloniales de nuestra época**. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Ediciones Abya-Yala, 2009.

WERMELINGER, M. *et al.* A feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 45, p. 54-70, 2010.

WHO – World Health Organization. **Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines**. Veneza: WHO, 2013. 68 p.

ZANELLO, V. **Saúde Mental, gênero e dispositivos**. Cultura e processos de subjetivação. Curitiba: Appris, 2018.

ZORZANELLE, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, 2014.

ZUCHI, C. Z. *et al.* Violência contra as mulheres: concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da escuta. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p. 1-9, 2018.

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Apresentação da pesquisadora, estabelecimento de *rapport*, apresentação da proposta de pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

1. Apresentação do/a profissional.

Nome;

Idade;

Formação: Área e instituição em que se graduou, citar especializações, formações, capacitações, etc.;

Tempo de atuação total e no serviço de saúde: breve histórico sobre a atuação profissional.

2. Violência

O que entende por violência (geral). E por violência contra as mulheres.

Quais sinais explícitos e implícitos evidenciam que uma mulher sofre violência?

Como estes sinais podem ser percebidos no estabelecimento de saúde em sua prática profissional?

Acredita se existe um perfil de mulheres que sofrem violência?

3. Atuação

Se já atendeu ou suspeitou de algum caso.

Quais foram as estratégias utilizadas para identificar? Como procedeu diante da situação.

4. Institucional

Há na instituição um protocolo para essas situações? Existe um fluxo de encaminhamento? Você conhece seu funcionamento?

5. Notificação:

Realiza a notificação de violência? Por quê?

Quais são os desafios e limitadores para a prática da notificação de violência?

Há capacitação profissional e incentivo à prática da notificação?

Gostaria de comentar ou relatar algo que não foi perguntado?

APÊNDICE B

Universidade Estadual do Centro-Oeste



PPGDC
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR
EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) para participar voluntariamente de uma pesquisa científica.

Caso você não deseje participar, não há problema algum. Não é necessário explicar o porquê e não haverá nenhum tipo de punição por isso. Você não será remunerado(a), visto que sua participação nesta pesquisa é de caráter voluntário.

Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra pertence à pesquisadora responsável.

As dúvidas *sobre a pesquisa* poderão ser esclarecidas pela pesquisadora responsável via e-mail adorno_mirian@hotmail.com e através do seguinte contato telefônico e whatsapp: (71) xxxxx-5201. Ao persistirem as dúvidas *sobre os seus direitos* como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** da Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO, pelo telefone (42) 3421-3015. Se preferir ir pessoalmente, o COMEP está localizado na Rodovia PR 153, km 07 – Bairro Riozinho. Irati – PR Unicentro – Campus de Irati – Prédio Central – Sala 219 (COMEP). O atendimento ao público ocorre de segunda a sexta, das 13h30m às 16h.

Este TCLE se refere ao projeto de pesquisa **“Identificação e notificação de casos violência doméstica contra a mulher nos atendimentos dos/as profissionais de**

saúde". Sou Mirian Silva Adorno, Psicóloga, Mestranda no Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da Universidade Estadual do Centro-Oeste-UNICENTRO e a responsável pela presente pesquisa.

O objetivo geral do estudo é investigar a atuação de profissionais de saúde da atenção primária diante de casos de violência doméstica contra a mulher, a fim de contribuir no processo de formação das equipes. Também faz parte da investigação: compreender como os/as profissionais identificam os casos de violência doméstica em seus atendimentos; averiguar a prática da notificação de violência por parte grupo investigado;

Como devolutiva ao final do estudo, prevê-se a produção de uma cartilha informativa sobre a identificação e notificação da violência doméstica direcionada aos/às profissionais de saúde.

Esclareço que sua participação poderá acarretar para si possíveis riscos como exposição de prática profissional antiética própria ou de outrem, prejuízos interpessoais no ambiente institucional, constrangimento e/ou inibição.

Por outro lado, saliento que haverá benefícios individuais e coletivos em colaborar com a pesquisa, uma vez que o tema abordado possibilitará a reflexão acerca da prática profissional.

Além disso, prevê-se a elaboração de uma cartilha informativa que contribuirá para a discussão e o aprimoramento dos processos de trabalho, reverberando na qualidade do atendimento e integralidade do cuidado à população atendida.

A pesquisa será realizada por meio de uma entrevista, semiestruturada, na qual a pesquisadora irá fazer perguntas a respeito da sua atuação profissional no que concerne à questão da violência doméstica contra as mulheres.

Estima-se que a entrevista durará em média 50 minutos. Prevê-se a possibilidade de ocorrer mais de um encontro, caso assim o desejar.

Para captar as informações, será feito uso da gravação do áudio. Você poderá escolher o local em que considera mais adequado para conceder a entrevista, inclusive poderá ser online via google meet ou zoom. Nesse formato, será realizada gravação da imagem para posterior transcrição da fala.

O material de áudio e/ou visual produzido a partir das entrevistas será transcrito. Após esse processo, o arquivo digital será destruído. O material escrito será armazenado em computador pessoal e protegido por senha por um período de cinco anos.

Será preservado o sigilo da sua identidade, portanto, não haverá a divulgação do seu nome. Nesse caso, será usado um nome fictício ao se referir a você.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Centro-Oeste-UNICENTRO. Caso persistam dúvidas sobre o estudo, ou em caso de denúncias e/ou sugestões, o Comitê de Ética em Pesquisa está disponível para atender você no endereço acima citado:

Você poderá também ligar para o telefone: (42) 3421-3015 ou encaminhar um e-mail para: comepirati@unicentro.br.

Para contatar a responsável pela pesquisa, você poderá encaminhar um e-mail, ligar ou mandar mensagem pelo WhatsApp a qualquer momento:

Mirian Silva Adorno

adorno_mirian@hotmail.com

(71) xxxxx-5201

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, _____, RG de nº _____, concordo em participar voluntariamente do presente estudo como participante. A pesquisadora me informou sobre tudo o que vai acontecer na pesquisa, o que terei que fazer, inclusive sobre os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. A pesquisadora me garantiu que eu poderei sair da pesquisa a qualquer momento, sem dar nenhuma explicação, e que esta decisão não me trará nenhum tipo de penalidade.

() ACEITO PARTICIPAR

() NÃO ACEITO PARTICIPAR

_____, _____ de _____ de 20____.

Local e data

Assinatura

ANEXO

**ANEXO I - CARTILHA “IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA
CONTRA AS MULHERES: ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO”.**



Identificação e notificação da violência contra as mulheres

Estratégias de prevenção.





Ficha técnica

Coordenação

Kátia Alexsandra dos Santos
Paula Marques
Kelly Geronazzo Martins
Alexandra Lourenço

Equipe do projeto

Alana Carolina Kopczynski
Giovana de Andrade Erbs Casagrande
Giovanna de Andrade Roberti
Joana Braga de Oliveira
Larissa Choida





Sumario:

Tipos de violência.....	2
O que é o SINAN e por que notificar?.....	3
Instruções para a notificação.....	4
Por que notificar violências?.....	6
Como acolher esses casos?.....	7
Preenchimento da ficha do SINAN	9
Referências.....	14



A cada 6 minutos e meio é registrado um caso de violência contra as mulheres.



Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, a cada 6 minutos e meio é registrado um caso de violência contra as mulheres.

A violência contra as mulheres gera agravos de saúde tanto físicos quanto psicológicos e é entendida como uma questão de saúde pública (OMS, 1998)

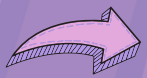
A Lei Maria da Penha (2006) define o que é violência doméstica e familiar contra as mulheres e cria mecanismos estratégicos para conscientização e combate dessa forma de violência.

No texto da lei são identificados cinco tipos de violência: moral, psicológica, patrimonial, física e sexual.

Sobre os tipos de violência:



Física: Compreendida como qualquer ação ou omissão que prejudique a integridade física ou saúde do corpo da vítima.



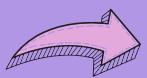
Sexual: Submeter outra pessoa, contra sua vontade, a qualquer tipo de contato ou presença tendo por objetivo o prazer sexual do autor, ademais, qualquer constrangimento relacionado a sexualidade.



Moral: Caluniar, difamar ou ofender a vítima diante de terceiros, de modo a prejudicar sua reputação.



Psicológica: Ações diretas contra a vítima com o intuito de causar medo, humilhar ou ainda de causar dano emocional ou dano para o desenvolvimento da vítima.



Patrimonial: Consiste em destruir, vender, impedir o acesso ou apossar-se de objetos, instrumentos de trabalho e/ou documentos pessoais da vítima, bem como dinheiro, cheques, cartões de banco ou outros bens.

Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN

A notificação é uma dimensão da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violência (BRASIL, 2010), prevê também o acolhimento, o atendimento, os cuidados profiláticos, o tratamento, o seguimento na rede de cuidado e a proteção social, além das ações de vigilância, prevenção das violências e promoção da saúde.

NOTA TÉCNICA Nº 62/2022-CGDANT/DAENT/SVS/MS

Trata-se de informações sobre o escopo, preenchimento e fluxo das notificações de violências interpessoais e autoprovocadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Informações relevantes da nota técnica 062/2022

Quem deve notificar?

Profissionais de saúde, outros profissionais de estabelecimentos públicos e privados.

A lei nº 10.778/2003 estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

A notificação é confidencial. Portanto, qualquer informação, como por exemplo, quem notifica ou é notificado também é.



Deve ser notificado caso **suspeito** ou confirmado de violência contra mulher. Como aponta na lei nº 13.931/2019 que altera a lei apontada anteriormente para tornar compulsória a notificação de casos suspeitos.

A ficha não pode ser escaneada/digitalizada, enviada por e-mail, etc.

São 7 dias para entrega da notificação e 24h em casos de tentativa de suicídio e violências sexuais.



Deve ser notificado o evento mais recente em casos de violência crônica.

Preferivelmente não notificar eventos ocorridos há mais de 5 anos, uma vez que esses casos podem distorcer as estatísticas sobre violência.



Cada **evento** deve ter uma ficha de notificação (ex: agressão e tentativa de suicídio), com exceção de situações de violência doméstica que envolvem mais de uma forma de violência em um mesmo evento.

Por que notificar violências?



Conhecer o perfil das vítimas e autores/as da agressão.

Dimensionar a demanda por atendimentos de urgência e outros serviços.



Revelar a violência doméstica, silenciada e “camuflada” nos lares.

Promover assistência adequada às vítimas.

Promover políticas públicas que reduzam os riscos e danos associados às violências.

Identificar e encaminhar aos serviços da rede.

Como acolher e escutar esses casos?

O acolhimento das mulheres em situação de violência se expressa por meio de uma escuta técnica qualificada, isto é, por meio de uma escuta livre de julgamentos e porosa às necessidades decorrentes das diversidades das mulheres. Dessa forma, é necessário encontrar um caminho para construir em conjunto meios possíveis para superação da situação, respeitando os processos pessoais da mulher atendida. É importante lembrar que devem ser mantidas em **sigilo** todas as informações trazidas no acolhimento, agindo de forma ética e respeitosa com as usuárias.

Acolhimento não é prática exclusiva da psicologia.



A notificação vai além de levantamento de dados!

Ao realizar a escuta, o profissional não deve assumir uma postura de pena ou lamentação diante das mulheres, pois tal postura pode cristalizá-las no papel de vítima, dificultando a construção de estratégias coletivas para a saída das relações de violência.



A notificação também é um caminho para a garantia dos direitos e um possível caminho para que a mulher saia da situação de violência.



Preenchimento da ficha do Sinan

Existe uma caracterização para cada campo de preenchimento de acordo com a nota técnica:

- **CAMPO CHAVE:** "é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação no Sinan"
- **CAMPO OBRIGATÓRIO:** "é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional."
- **CAMPO ESSENCIAL:** "é aquele que identifica o registro no sistema."

Via Viva: Instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada

Campo chave

Campo obrigatório

Campo essencial

2

1

32

15

38

3

4

36

16

42

5

6

37

18

51

7

40

21

53

8

41

22

54

9

52

23

57

10

55

24

58

11

56

25

59

12

61

28

66

13

62

29

67

14

64

30

68

19

65

31

20


69

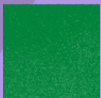
35




Identificação das cores:

Os campos de preenchimento foram sinalizados com cores na intenção de facilitar visualmente a identificação

 a cor amarela é referente aos campos obrigatórios

 a cor verde é referente aos campos chave

 a cor azul é referente aos campos essenciais



Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais

1 **Tipo de Notificação** 2 - Individual

2 **Agravado/a** VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA Código (CID10) Y09

3 **Data da notificação**

4 **UF** 5 **Município de notificação** Código (IBGE)

6 **Unidade Notificadora** 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros

7 **Nome da Unidade Notificadora** Código Unidade

8 **Unidade de Saúde** Código (CNES)

9 **Data da ocorrência da violência**

Notificação Individual

10 **Nome do paciente**

11 **Data de nascimento**

12 **(ou) Idade** 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

13 **Sexo** M - Masculino F - Feminino I - Ignorado

14 **Gestante** 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5- Não 6- Não se aplica 8- Ignorado

15 **Raça/Cor** 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado

16 **Escolaridade** 0- Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica

17 **Número do Cartão SUS** 18 **Nome da mãe**

Dados de Residência

19 **UF** 20 **Município de Residência** Código (IBGE) 21 **Distrito**

22 **Bairro** 23 **Logradouro (rua, avenida, ...)** Código

24 **Número** 25 **Complemento (apto., casa, ...)** 26 **Geo campo 1**

27 **Geo campo 2** 28 **Ponto de Referência** 29 **CEP**

30 **DDD** 31 **Teléfono** 31 **Zona** 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 32 **País (se residente fora do Brasil)**

Dados Complementares

Dados da Pessoa Agravada

33 **Nome Social** 34 **Ocupação**

35 **Situação conjugal / Estado civil** 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado

36 **Orientação Sexual** 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

37 **Identidade de gênero** 1-Travesti 2-Mulher Transsexual 3-Homem Transsexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

38 **Possui algum tipo de deficiência/transstorno?** 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

39 **Se sim, qual tipo de deficiência/transstorno?** Deficiência Física Deficiência visual Deficiência intelectual Deficiência auditiva Transtorno mental Transtorno de comportamento 1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado

Dados da Ocorrência

40 **UF** 41 **Município de ocorrência** Código (IBGE) 42 **Distrito**

43 **Bairro** 44 **Logradouro (rua, avenida, ...)** Código

45 **Número** 46 **Complemento (apto., casa, ...)** 47 **Geo campo 3** 48 **Geo campo 4**

49 **Ponto de Referência** 50 **Zona** 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 51 **Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)**

52 **Local de ocorrência** 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado

53 **Ocorreu outras vezes?** 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

54 **A lesão foi autoprovocada?** 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____	
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado			
Encaminhamento	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 68 Circunstância da lesão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado CID 10 - Cap XX _____		
Dados finais	69 Data de encerramento _____		

Informações complementares e observações

Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____

Observações Adicionais:

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS	TELEFONES ÚTEIS	Disque Direitos Humanos
136	Central de Atendimento à Mulher	100
	180	

Município/Unidade de Saúde _____	Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____
Nome _____	Assinatura _____
Função _____	

Referências:

Brasil. **Lei no. 10.778, de 24 de novembro de 2003.** Estabelece a notificação compulsória no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm

Brasil. **Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019.** Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13931.htm

BRASIL. **Lei Maria da Penha.** Lei n.º11.340, de 7 de Agosto de 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm.

BRASIL. **Nota técnica nº 062/2022.** Trata-se de informações sobre o escopo, preenchimento e fluxo das notificações de violências interpessoais e autoprovocadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2022/nota-tecnica-no-62-2022-cgdant-daent-svs-ms/view>.

SCHRAIBER, Lilia B. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde. **REVISTA USP**, São Paulo, n.51, p. 104-113, setembro/novembro 2001.

PARANÁ. **Violência Contra Mulher:** Não Espere Denuncie na hora. 17 de março de 2023. Disponível em: https://www.aen.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2023-03/cartilha_violencia_contra_mulher_1.pdf.

Ministério da Saúde (2016). **VIVA:** Vigilância de Violências e Acidentes: Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência interpessoal e autoprovocada. 2ª edição. Brasília, Brasil. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf



Esta cartilha faz parte das produções da equipe do projeto de extensão "Notificação da violência contra as mulheres via SINAN: estratégias de prevenção"

