

A atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: a construção de tecnologias de cuidado da terapia ocupacional na atenção básica em saúde¹

Maribia Taliane de Oliveira , Sabrina Helena Ferigato 

Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, SP, Brasil.

Resumo: Introdução: Este trabalho tem como objeto a construção das tecnologias de cuidado em terapia ocupacional na atenção às mulheres vítimas de violência na atenção básica em saúde. Objetivo: Identificar e analisar práticas e tecnologias de intervenção terapêuticas ocupacionais na atenção à essas mulheres. Método: O estudo, de caráter qualitativo, adotou a perspectiva definidas pela pesquisa-intervenção, tendo a observação participante e as entrevistas semiestruturadas como principais técnicas para a produção de dados. Para análise dos dados foi utilizado o procedimento de triangulação de Métodos. Resultados: Os resultados da pesquisa foram sistematizados em três eixos: (a) caracterização das participantes; (b) dados do território e da ação em equipe (c) práticas de cuidado em terapia ocupacional. Conclusão: Conclui-se que a terapia ocupacional pode contribuir no cuidado às mulheres vítimas de violência com metodologias múltiplas e um amplo hall de tecnologias relacionais de cuidado a partir da identificação, elaboração e enfrentamento das situações de violência por meio de intervenções na esfera da cotidianidade das mulheres e seus contextos bem como no potencial de sua transformação, com ênfase na interrupção do ciclo de violência.

Palavras-chave: *Terapia Ocupacional, Atenção Primária em Saúde, Violência Doméstica, Saúde da Mulher.*

The attention to women victims of domestic and family violence: care technologies of occupational therapy in basic health care

Abstract: Introduction: The objective of this work is the construction of care technologies of occupational therapy care in attention to women victims of violence in primary health care. Objective: To identify and analyze occupational therapeutic practices and intervention technologies in attention to these women. Method: The qualitative study adopted the perspective defined by intervention research, with participant observation and semi-structured interviews as the main techniques for data production. For data analysis, the triangulation procedure of Methods was used. Results: The results of the research were systematized in three axes: (a) characterization of the participants; (b) territory data and team action (c) occupational therapy's care practices. Conclusion: It is concluded that Occupational Therapy contributes with its actions of the field of Primary Health Care in the attention to women victims of violence with multiple methodologies and a wide hall of relational technologies of care from the identification, elaboration and confrontation of the situations of violence through interventions in the sphere of women's everyday life and their contexts as well as in the potential for their transformation, with an emphasis on interrupting the cycle of violence.

Keywords: *Occupational Therapy, Primary Health Care, Domestic Violence, Women's Health.*

Autor para correspondência: Sabrina Helena Ferigato, Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, Rodovia Washington Luiz, Km 235, Monjolinho, CEP 13565-905, São Carlos, SP, Brasil, e-mail: sabrinaferigato@gmail.com

Recebido em Jun. 3, 2018; 1ª Revisão em Nov. 12, 2018; 2ª Revisão em Fev. 11, 2019; Aceito em Maio 9, 2019.



1 Introdução

A violência doméstica e familiar é uma das inúmeras manifestações da violência de gênero que atingem mulheres cotidianamente em todo o mundo. Em uma sociedade marcada pela violência contra a mulher que se dá em contextos diários e cotidianos, o terapeuta ocupacional pode atuar, contribuindo para o processo de transformação social em direção a maior equidade e justiça social/ocupacional em diferentes campos de atuação, sendo que a atenção básica tem cada vez mais se constituído como um canal de acesso ao SUS para pessoas vítimas de violência e um locus privilegiado para o desenvolvimento de práticas de cuidado à essas pessoas.

No entanto, a compreensão acerca da complexidade das condições, necessidades e demandas de saúde na Atenção Primária, embora garantam às mulheres um espaço para acesso ao cuidado, ampliação da rede social de suporte e ações estratégicas do campo, não tem sido suficiente para que os profissionais desenvolvam ferramentas necessárias e eficazes para construir as estratégias assistenciais a partir dos núcleos profissionais e desdobrá-las efetivamente em ações interdisciplinares e intersetoriais.

No caso específico da terapia ocupacional, essas ferramentas são também insipientes, seja pela inserção recentemente formalizada desse profissional na Atenção Básica, seja por que historicamente essa não é uma população tradicionalmente atendida pela profissão no setor saúde.

Para responder às demandas dessa natureza, os profissionais precisam estar preparados para o desenvolvimento de uma prática assistencial mais humanizada, generalista e intersetorial. Identificar a violência depende da mobilização de recursos internos, sensibilidade e disponibilidade para ouvir o outro, além de intenso investimento na formação profissional para acolher e atuar junto às situações complexas (BARALDI et al., 2012).

Por isso, quando se pensa em cuidado à saúde, temos que nos responsabilizar pela qualidade da assistência que ofertamos, colocando todos os dispositivos tecnológicos de que dispomos, em termos de conhecimento e de técnicas, a serviço do usuário e de suas situações-problemas. Para isso, partimos da concepção de tecnologia de cuidado como o modo como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir uma linha de cuidado que age interessadamente em defesa da vida, centradas nas necessidades dos usuários (MERHY; FRANCO, 2003).

Para além das tecnologias duras, que são aquelas que já estão estruturadas materialmente para responder a demandas objetivamente demarcadas, é importante o papel das tecnologias leve-duras (saberes e técnicas profissionais) e especialmente as tecnologias leves, que são formas de abordagens relacionais, que operam a partir do encontro entre o profissional e usuário e sua produção subjetiva (MERHY; FRANCO, 2003).

Em uma conjuntura nacional, caracterizada por altos índices de violência doméstica e familiar, o presente estudo - que tem como objeto a construção das tecnologias de cuidado da terapia ocupacional voltadas para a atenção às mulheres vítimas de violência - pretende explorar como essas tecnologias podem vir a contribuir para o enfrentamento das situações de violência doméstica e familiar no contexto da Atenção Básica, a partir da perspectiva de terapeutas ocupacionais atuantes neste contexto.

2 A Violência Doméstica no Brasil e a ABS

A violência de gênero tem vitimado muitas mulheres, com taxa de 4,8 homicídios por 100 mil mulheres. O Brasil, num grupo de 83 países com dados homogêneos, fornecidos pela Organização Mundial da Saúde, ocupa a 5ª posição, evidenciando que os índices locais excedem, em muito, os encontrados na maior parte dos países do mundo (WAISELFISZ, 2015).

A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), que em 2016 foi considerada pela Organização das Nações Unidas (ONU) uma das três melhores legislações do mundo no combate à violência contra a mulher, em vigor desde 7 de agosto de 2006, cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião (BRASIL, 2006).

A partir dessa legislação, o Brasil passou a indicar a responsabilidade de cada órgão público para assistir a mulher em situação de violência e definir 5 formas de violência doméstica e familiar contra as mulheres, sendo elas: violência física, violência sexual, violência psicológica, violência moral e violência patrimonial.

Mesmo com a referida lei em vigor, o Mapa da Violência (WAISELFISZ, 2015), que utiliza dados oriundos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde, traz a tona que as mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2014 seguem sendo vítimas de diversos tipos de violência, entre as quais em primeiro

lugar a violência física (48,7% dos casos), com especial incidência nas etapas jovem e adulta da vida da mulher (cerca de 60% do total de atendimentos). Em segundo lugar, a violência psicológica ou moral presente em 23,0% dos atendimentos em todas as etapas do desenvolvimento, principalmente da jovem em diante. Em terceiro lugar, a violência sexual, objeto de 11,9% dos atendimentos, com maior incidência entre as crianças até 11 anos de idade (29,0% dos atendimentos) e as adolescentes (24,3%) (WAISELFISZ, 2015).

O mesmo estudo evidencia que as violências físicas acontecem de forma preponderante no domicílio das vítimas, na faixa etária entre 10 e 30 anos de idade. Até os nove anos de idade, os pais são os principais agentes dessas agressões, e dos 18 até os 59 anos de idade o agressor principal é o parceiro ou ex-parceiro da vítima. Segundo os dados disponíveis, durante o ano de 2014, foram atendidas no SUS 223.796 vítimas de diversos tipos de violência. Isto é: a cada dia de 2014, 405 mulheres demandaram atendimento em uma unidade de saúde, por alguma violência sofrida (WAISELFISZ, 2015). Na Lei Maria da Penha (LMP), estão elencadas em seus artigos 22, 23 e 24, as medidas protetivas de urgência, que deverão ser acionadas em situações de violência, e muitas vezes são desconhecidas por parte das mulheres e profissionais da saúde. Essas medidas visam um conjunto de ações a serem realizadas em 48 horas para garantir proteção imediata das mulheres em relação à seus agressores.

Vale ressaltar que, a notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências foi implantada no SINAN, em 2009, e ainda apresenta problemas de cobertura (nem todos os locais notificam) e de subnotificação (nem todos os casos são registrados no sistema). (WAISELFISZ, 2015).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) tem como um dos objetivos fortalecer e implementar políticas que levem em consideração as mulheres em sua diversidade. Uma das metas propostas é ampliar o número de profissionais da Estratégia da Família capacitados em especificidades de gênero e ampliar em 20% o número de serviços de saúde com notificação de violências de gênero (BRASIL, 2013).

Segundo Schraiber et al. (2002), a violência contra mulher traduz-se em diversas repercussões para a saúde das mesmas e sua qualidade de vida. No interior dos serviços, a violência doméstica e sexual tem sido associada a maiores índices de suicídio, abuso de álcool e outras drogas, queixas vagas, cefaléia, distúrbios gastrointestinais e situações de sofrimento psíquico em geral. No que diz respeito

à saúde reprodutiva, a violência contra mulher tem sido associada às dores pélvicas crônicas, às doenças sexualmente transmissíveis, além de doenças pélvicas inflamatórias e gravidez indesejada.

Inúmeros estudos têm demonstrado que os serviços da rede básica são importantes na detecção da violência doméstica e familiar, porque têm, em tese, uma grande cobertura territorial e contato proximal com as mulheres, podendo reconhecer e acolher os casos antes de incidentes mais graves, ainda que se deparem com dificuldades referentes à formação, capacitação e articulação com a rede de atendimento especializada em violência contra a mulher (SCHRAIBER et al., 2002; KANNO et al., 2012; SIGNORELLI et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2015).

Segundo Reis et al. (2012), com a significativa ampliação da Atenção Primária à Saúde (APS) e da estratégia de saúde da família (ESF), observou-se a ampliação das categorias profissionais diretamente vinculadas à Atenção Básica à Saúde (ABS), bem como outras populações e problemáticas, que foram incorporadas como foco da atenção primária. Anteriormente centralizada em ações de acompanhamento seletivo de diabéticos, hipertensos, crianças e mulheres, essa realidade se modificou incorporando novas demandas que emergiram com a ampliação da cobertura assistencial e do vínculo entre equipe e usuários. Vale destacar que, anteriormente, a atenção à saúde das mulheres também era seletiva, com ênfase apenas em aspectos da saúde reprodutiva.

Com essa ampliação do cuidado e com o processo de territorialização da APS, observou-se que houve também uma ampliação das possibilidades de atuação dos profissionais, incluindo mais fortemente ações preocupadas com os determinantes sociais do processo saúde-doença-intervenção, entre eles o enfrentamento das situações de violência.

Vale ressaltar que somente nos anos 1990, a violência contra as mulheres entra na pauta de propostas do campo da saúde. E em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a violência contra mulheres como um problema mundial de saúde pública e em escala mundial. No Brasil, as unidades de atenção primária à saúde são reconhecidas como importantes na detecção e enfrentamento da violência doméstica.

Este nível de atenção tem grande ênfase nas ações de promoção e prevenção de saúde. Além disto, tem um aumento de cobertura e incremento recente, com valorização da ida ao domicílio através da crescente implantação da Estratégia de Saúde da Família. Este nível

de atenção enseja um acesso frequente, constante e legitimado às mulheres ao longo de toda a sua vida, uma relação mais próxima com a comunidade e é dirigida a problemas comuns de saúde muito associados com violência doméstica e sexual contra a mulher (D'OLIVEIRA et al., 2009, p. 1040).

Os serviços de atenção primária brasileira, já assistem, em grande medida, casos de violência doméstica cometida contra mulheres e crianças. Ainda que nem sempre apresentados como tal, estes casos estão presentes no cotidiano dos serviços e geram uma demanda reiterada e com baixa resolutividade de acordo com os dados obtidos pelo Mapa da Violência (WAISELFISZ, 2015).

As equipes interdisciplinares que compõem as equipes da atenção primária podem contribuir para o enfrentamento dessa situação em suas ações no campo da ABS e também a partir do desenvolvimento de tecnologias agregadas aos saberes e práticas de cada núcleo profissional, entre eles, daremos ênfase ao núcleo da terapia ocupacional.

A história da terapia ocupacional retrata os percursos das práticas e dos profissionais para consolidação de um campo de saber que condiz com as reais necessidades da sociedade, que se pautem na garantia de direitos, no respeito à diversidade e na promoção de pertencimento às pessoas que têm suas existências cotidianamente negadas.

Segundo Bassi et al. (2012, p. 444), a expansão gradual da cobertura da AB, produziu um cenário de ampliação de espaços de intervenção para a profissão, proporcionando o desenvolvimento de ações no núcleo na atenção primária.

Ao final da década de 1990, terapeutas ocupacionais passaram a atuar em maior número na ABS, com propostas de atenção integral através de ações de prevenção, promoção e reabilitação.

Atualmente, a inserção de terapeutas ocupacionais na ABS se dá em diferentes pontos de atenção, estratégicos para o enfrentamento da violência, entre eles as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), Consultório na rua e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Segundo Lancman e Barros (2011) o apoio matricial constitui-se como uma das principais ações dos terapeutas ocupacionais na ABS, sendo o NASF um dos principais campos de trabalho para esses profissionais, que devem atuar de forma compartilhada com as equipes de saúde da família a partir da estratégia do matriciamento. De acordo

com as análises documentais das mesmas autoras, a inserção e a definição do processo de trabalho profissionais matriciadores, entre os quais os terapeutas ocupacionais, se apresentam de forma genérica em documentos norteadores, sem especificações por núcleo profissional e baixo suporte ao processo de trabalho cotidiano.

3 Método

O estudo, de caráter qualitativo, adotou a perspectiva metodológica pelos enfoques definidos pela pesquisa participativa na modalidade pesquisa-intervenção (PAULON; ROMAGNOLI, 2010).

O processo de formulação da pesquisa intervenção aprofunda a ruptura com os enfoques tradicionais de pesquisa e amplia as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas, enquanto proposta de atuação transformadora da realidade sociopolítica, já que propõe uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social. Na pesquisa-intervenção, não visamos à mudança imediata da ação instituída, pois a mudança é consequência da produção de outra relação entre teoria e prática, assim como entre sujeito e objeto (ROCHA; AGUIAR, 2003).

3.1 Caracterização do campo

O campo pesquisado foi a rede de atenção básica de uma cidade de médio porte no interior do estado de São Paulo, uma vez que foram entrevistadas todas as terapeutas ocupacionais que dão cobertura a rede básica municipal de saúde, localizadas em 6 diferentes unidades de saúde.

Em 2012, a secretaria municipal de saúde deste referido município se comprometeu a intensificar e promover o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra as mulheres, desde 2012 com a assinatura do Termo de Cooperação de atuação em rede para o atendimento às mulheres vítimas de violência, nos termos da Constituição Federal e da Lei nº 11.340/2006.

Na cidade temos *serviços não especializados* de atendimento à mulher (hospitais gerais, serviços de atenção básica, programa saúde da família, delegacias comuns, polícia militar, polícia federal, Centros de Referência de Assistência Social/CRAS, Centros de Referência Especializados de Assistência Social/CREAS, Ministério Público, defensorias públicas) e os *serviços especializados de atendimento à mulher* (Centro de Referência da Mulher, Casa Abrigo e a Delegacia de Defesa da Mulher).

3.2 Instrumentos de pesquisa e procedimentos metodológicos

Para a produção de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas a partir de um roteiro de questões previamente construído pelos pesquisadores e diários de campo com impressões do pesquisador

Para tanto, planejou-se o trabalho de campo em duas etapas, sendo que a **etapa 1** teve enfoque específico em uma unidade de saúde, para investigação junto a equipe em geral e levantamento de *dados do campo da ABS* no qual estavam inseridas as terapeutas ocupacionais, com o objetivo de identificar/mapear a aproximação ou o distanciamento dos profissionais da unidade com o tema da “violência contra a mulher”, promovendo a sensibilização da equipe em relação à essa temática. Esta etapa da pesquisa foi importante para compreender como essa equipe e o campo da ABS se relacionam com a temática da violência doméstica e familiar no dia a dia do trabalho, nos fornecendo dados sobre o campo no qual os terapeutas ocupacionais estão inseridos.

Para o registro dessa etapa da pesquisa foram utilizadas fotografias e diários de campo, com anuência dos profissionais mediante assinatura de Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A **etapa 2** focalizou aspectos do núcleo da terapia ocupacional e suas contribuições para o enfrentamento da violência contra a mulher, por meio de entrevistas com terapeutas ocupacionais da rede municipal da ABS, que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa, e assinar o TCLE. Os resultados dessa etapa são os apresentados neste artigo, a partir da análise e discussão dos dados oriundos das entrevistas.

Contatamos 6 terapeutas ocupacionais (todas as profissionais dessa categoria inseridas na ABS do município pesquisado). Desse total, 4 profissionais aceitaram participar voluntariamente da pesquisa.

As entrevistas duraram em média 60 minutos, foram áudio gravadas e posteriormente transcritas e codificadas com a sigla da categoria profissional da entrevistada (TO) seguida pela numeração contínua de 1 a 4.

3.3 Análise dos dados

Para análise dos dados foi utilizada a técnica da Triangulação de Métodos (MARCONDES; BRISOLA, 2014) que propõem:

- I. Análise das informações concretas levantadas com a pesquisa a partir dos dados empíricos.

Na pré-análise das entrevistas, emergiram as seguintes categorias de análise e discussão: (a) caracterização dos participantes; (b) Dados do Campo da ABS e do Território; e (c) Dados do Núcleo da terapia ocupacional; Diálogo com os documentos institucionais e referências científicas que tratam questões pertinentes às categorias de análise advindas das narrativas e dos dados produzidos a partir da técnica da tradução das entrevistas. Esta técnica, originalmente produzida por Kastrup e Passos (2013) para pesquisas cartográficas, foi utilizada nesta pesquisa pois, para os autores, a cartografia é sempre uma pesquisa intervenção e suas pistas metodológicas servem às pesquisas comprometidas em produzir conhecimento aliados com criação de mundos comuns e heterogêneos (KASTRUP; PASSOS, 2013).

- II. Análise de conjuntura, analisando, portanto, não somente as informações alcançadas, mas também o contexto no qual as informações foram geradas.

Destaca-se que este estudo foi desenvolvido de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras das práticas de pesquisa, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CAAE 59307416.2.0000.5504).

4 Resultados e Discussão

Os resultados da pesquisa foram sistematizados em três eixos: (a) caracterização das participantes e sua formação em relação à temática; (b) Ações da equipe interdisciplinar no território na perspectiva das terapeutas ocupacionais; (c) práticas de cuidado da terapia ocupacional para a atenção às mulheres na atenção primária.

4.1 Caracterização das participantes

Das 4 profissionais entrevistadas, todas cursaram universidades públicas e apenas uma não possui pós-graduação. A profissional que se formou há mais tempo, concluiu a graduação em 1986 (TO 3); já a profissional que se formou há menos tempo, concluiu a graduação em 2008 (TO 2). A idade das participantes variou entre 30 e 54 anos. Três das entrevistadas se autodeclararam brancas e uma se autodeclarou parda. Três das terapeutas ocupacionais estão desde de 2011 na ABS e apenas uma possui inserção recente, em 2016.

No que diz respeito ao contato da temática da violência, mais especificamente da violência contra a mulher, todas as entrevistadas disseram não terem discutido adequadamente o tema durante a graduação ou em outros espaços de formação, o que se reflete em dificuldades técnicas, pessoais e sociais percebidas pelas profissionais quando da necessidade de abordagem prática das problemáticas da violência contra a mulher:

Talvez tenha passado pela temática na disciplina de TO Social, mas não consigo lembrar exatamente se vi isso ou se tive algo mais voltado pra isso especificamente (TO 2).

Nenhum contato. Na época que eu fiz a graduação não sei, não se falava muito sobre isso. São trinta anos (TO 3).

[...] tivemos muito poucas conversas sobre a violência relacionada a mulher, a gente tinha muito contato com a violência como um todo, como contra a criança, a pessoas portadoras necessidades especiais, aos maus tratos ao idoso, ao portador de transtorno mental grave, as crianças autistas (TO 4).

Na literatura consultada ressalta-se que a fragilidade da formação profissional em saúde voltada às questões de gênero, mais especificamente da violência contra a mulher, demonstram ser uma das maiores dificuldades para efetivação das políticas públicas de prevenção e enfrentamento da violência, sendo uma realidade identificada em todas as categorias profissionais da saúde, inclusive na terapia ocupacional (SCHRAIBER et al., 2002; SALCEDO-BARRIENTOS et al., 2011; KISS; SCHRAIBER, 2011; KANNO et al., 2012; SIGNORELLI et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2015).

No que diz respeito à educação permanente em saúde, que é um dos objetivos das linhas de ações do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2013), as profissionais entrevistadas referem falta de oferta e participação em atividades com esse viés no município estudado:

[...] eu já participei de uma discussão. [...] Mas nada como capacitar, porque você revê conteúdos que as vezes ficam perdidos na memória, eu acho que deixar esses conceitos e situações mais vivas na mente é sempre positivo. Eu acho que seria interessante sim (TO 1).

A prefeitura nunca fez formações para os profissionais com esse tema, eu acho (TO 3).

Segundo Freitas, Oliveira e Silva (2013), a discussão sobre a abordagem da violência doméstica

e familiar na ABS exige que os processos de trabalho em saúde sejam pensados como processos políticos, e não apenas técnicos.

Porém, a partir do relato das participantes, assim como nas rodas de conversa com a equipe geral, fica evidente que, nos espaços formativos e no cotidiano dos serviços de saúde, a incorporação da temática mostra-se discreta e reticente. Nesse sentido, compromisso assumido pelas instâncias políticas parece não atingir diretamente o trabalho dos agentes concretos das práticas em saúde e de educação em saúde. Cabendo ressaltar, mais uma vez, a necessidade urgente de qualificação destes profissionais em relações de gênero, especialmente do que se refere à violência (KISS; SCHRAIBER, 2011).

Sobre conhecimento das profissionais sobre a LMP, os tipos de violência que a lei abrange, a proposta de rede de atendimento, os mecanismos para coibir e punir a violência doméstica e familiar, observa-se pelos depoimentos que o desconhecimento, por parte das profissionais, pode resultar em uma baixa resolutividade por parte dos serviços de saúde no apoio para a efetivação da lei:

Conheço muito pouco, nunca parei para estudar a LMP. Mas sei do que ela trata né. Mas assim, nunca parei para ler. Não tenho um conhecimento profundo sobre isso não. Não sei os tipos de violência que a lei abrange (TO 1).

Acho que mais teórico e de contato que tive foi a partir da sua pesquisa, passei a me atentar um pouco mais aos tipos da violência e de pensar de como é funciona isso aqui na cidade (TO 2).

Eu só conheço de ouvir falar da lei, de saber da lei, mas o que engloba, as especificidades, isso que você falou, eu não sei. Não conheço (TO 3).

Desde 2005, o Instituto Data Senado aplica pesquisa telefônica sobre o tema violência doméstica contra a mulher. Em 2017, o Instituto realizou a sétima edição da pesquisa, em parceria com o Observatório da Mulher contra a Violência. A partir da análise dos dados, é possível identificar que quando as mulheres são questionadas sobre a Lei Maria da Penha, a totalidade das entrevistadas afirma já ter ouvido falar sobre a lei. Apesar disso, 77% dizem conhecê-la pouco, enquanto apenas 18% a conhecem muito (INSTITUTO..., 2017).

Esses dados refletem que a população brasileira como um todo, incluindo profissionais de saúde, possui pouco conhecimento sobre a Lei, como também reforça que a não compreensão dos outros tipos de violência distancia as vítimas dos serviços

especializados, bem como, naturaliza as violências que não deixam marcas visíveis.

Quando nos deparamos com profissionais de saúde da atenção básica que desconhecem a Lei e os instrumentos de proteção aos direitos humanos da mulher, compreendemos uma das razões da sub notificação compulsória de casos oriundos do SUS e a fragilidade da efetivação da rede intersetorial de atendimento às mulheres vítimas de violência no município.

Para que essa realidade mude, se faz necessário que os profissionais tenham formação de caráter ético-político para além da dimensão técnica do processo de trabalho, trazendo para si parte da responsabilização da transformação social e, dessa forma, incorporem no cotidiano dos serviços de saúde a prática de realizar notificações (FREITAS et al., 2013).

Somente uma das profissionais conhecia mais a fundo a proposta da LMP e trouxe elementos importantíssimos para sua discussão:

Olha eu conheço. Mas eu não sei se eu acredito. Particularmente, pelo que muitas vezes as mulheres passam em algumas situações [...] a primeira coisa que elas falam, é sobre o respaldo e segurança depois que fazem a denúncia. O outro ponto que eu acho que é anterior ao respaldo que vai acontecer depois, é as pessoas que recebem essas mulheres, a relação que tem. Muitas mulheres afirmam que são muito questionadas, se sentem na verdade, não como um espaço para defesa, mas como um espaço de réu. "Será que foi isso mesmo? Será que você não teve uma culpa?" Dá uma sensação de que o grito e o pedido de socorro é questionado. As pessoas às vezes quando recebem elas, olham, observam. Eu acredito que talvez até passe um juízo de valor. E dependendo de quem é que recebe, muitas vezes elas ali mesmo já decidem se vão continuar ou não (TO 4).

O ápice da LMP para a maioria dessas mulheres é a violência física. As outras violências, que é o que acompanho diariamente aqui na Saúde, elas são escondidas, elas são despercebidas [...] quando a gente começa a conversar um pouco sobre essas questões, as mulheres ainda têm dificuldade de entender que aquilo é violência, que aquilo tá sendo uma relação abusiva (TO 4).

A partir disso, é fundamental discutir o acesso à justiça, a partir de três dimensões:

Uma normativo-formal, com o reconhecimento dos direitos pelo Estado e sua formalização em leis; outra que se refere à existência de mecanismos e estratégias para tornar o acesso à justiça formal

em acesso real, com sua efetividade por meio da organização, administração e distribuição da justiça; e a terceira dimensão envolve as condições de cada cidadão e cidadã para se reconhecer como sujeito de direitos e acionar as leis na proteção de seus direitos (PASINATO, 2015, p. 412).

No contexto na ABS, a lei em questão é reconhecida como um marco para o processo histórico de construção dos direitos das mulheres no Brasil e que cumpre com a primeira dimensão do acesso ao direito. Quando nos voltamos para a segunda dimensão, esbarramos em problemas estruturais que muitas vezes não contribuem para que as mulheres possam ter acesso a seus direitos (PASINATO, 2015).

A terceira dimensão do acesso à justiça traz a tona uma problemática recorrente na população tradicionalmente atendida pela terapia ocupacional, que é a dificuldade de se enxergarem como sujeito de direitos, especialmente ausência de direitos que se expressam na vivência cotidiana.

Vivemos em uma sociedade que, hegemonicamente, legítima culturalmente a violência cotidiana, por exemplo, naturalizando a dupla jornada das mulheres ou o controle sexual, comportamental, material e/ou financeiro das mulheres por seus companheiros. Essa legitimação se repete quando são incorporados como comportamentos naturais do homem a infidelidade, o autoritarismo ou a agressividade nos relacionamentos.

Por tudo isso, é fácil compreender o relato das profissionais que apontam a dificuldade de mulheres se perceberem dentro de um ciclo de violência e, mais do que isso, compreenderem que tem direito de não estar nessas situações.

4.2 Dados do território e das ações em equipe na perspectiva das terapeutas ocupacionais

Para melhor compreensão dos campos e territórios em que cada profissional estava inserida, foi necessário entender se existiam casos de violência doméstica e familiar no território, identificadas e/ou acompanhadas por terapeutas ocupacionais. Sendo assim, foi consenso a presença da violência doméstica contra mulheres nos bairros abrangidos por cada unidade nas quais as profissionais estavam vinculadas:

É um bairro que tem violência sim, é um bairro que tem uma situação de tráfico muito presente, então existe a violência sim (TO 1).

A gente tem muitos casos de abuso sexual. A gente tem muita relação de pais, padrastos, avós e irmãos, que às vezes estão envolvidos com álcool e outras drogas [...] esses casos tem crescido bastante, a relação do abuso sexual do estupro entre familiares (TO 4).

Compreendendo que a violência doméstica e familiar é uma realidade presente em todos os territórios da pesquisa, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidade de Saúde da Família (USF), como exposto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tem como um dos pilares o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território. No entanto, quando as profissionais foram questionadas sobre intervenções primárias de prevenção à violência realizadas pela unidade, podemos identificar relatos sobre possível déficit de intervenções com esse enfoque.

Na unidade não vejo nenhum movimento nesse sentido. O que chega, chega pelos ACS estão na rua, eles estão dentro das casas, eles conhecem as famílias, sabem o que acontecem, mesmo que de forma mais superficial, eles sabem o que está acontecendo. Mas nunca vi nenhum movimento aqui dentro da unidade pra desenvolver alguma atividade nesse sentido [...] seria interessante explicar pra todo mundo essa forma de prevenção, do que é violência, que não precisa se calar, que tem pra onde correr (TO 1).

Não sei te dizer o que já foi feito nesse período que estou aqui, não vi ações mais específicas de prevenção. Dizem que na época de 8 de março fazem ações na fila de espera ou em grupos, ou alguma intervenção mais específica, mas eu não participei ainda. [...] Mas acho que é importante falar sobre, orientar sobre locais, como é que funciona, dar visibilidade e saber como é que a gente pode agir (TO 2).

Olha a gente sempre aproveita em algum momento, às vezes tem alguns alunos de outras universidades que aparecem aqui, e sempre envolve alguma coisa. Seja gestação, com cuidado da família e o marido presente, o uso de bebida, a questão do abuso. Sempre que tem uma oportunidade a gente conversa, mas ainda em atividades não coletivas. Particularmente, para dizer para você, uma realidade aqui, eu vejo aqui que a violência doméstica é um assunto de tabu muito grande, ela é muito pouco explorada (TO 4).

No que concerne às ações de prevenção da violência contra a mulher realizadas pelos profissionais nas

unidades, é necessário definir o que é *ação de saúde básica* e *ação básica de saúde*. Embora os termos pareçam dizer a mesma coisa, há uma fundamental diferença de conteúdo para essa discussão.

Segundo Malfitano e Lopes (2003), as ações de saúde básica refere-se a intervenções que digam respeito ao oferecimento de assistência para problemáticas ou doenças relacionadas aos componentes da saúde clínica, como por exemplo, diabetes, hipertensão, pré-natal e outras. Já as ações básicas de saúde estão diretamente relacionadas com as demandas daquela população de acordo com suas características socioculturais e econômicas.

A violência doméstica e familiar causa agravos à saúde clínica de muitas mulheres, como já foi mencionado anteriormente. No entanto, é imprescindível que ao olharmos para essa problemática, levemos em consideração que as *ações básicas de saúde* também precisam caminhar juntas, para que de fato, seja possível atingir os objetivos de integralidade propostos pelo SUS.

[...] fica um assunto que não é muito dito, as pessoas às vezes se sentem muito envergonhadas de procurar ajuda ou até mesmo rever com a própria equipe, porque as vezes você percebe que algumas coisas são difíceis para a própria equipe, que as mulheres da própria equipe também sofrem, as vezes coisas muitos sutis (TO 2).

[...] a gente também tem uma questão importante, agora que eu tô pensando, que nós funcionários também sofremos violências. E eu posso te dizer claramente que muitas profissionais da área da saúde vivem violência dentro de suas casas (TO 4).

Tais relatos nos mostram a delicadeza da temática e a necessidade urgente de romper com o silêncio e o medo que podem decorrer da violência. Esse desafio se coloca claramente explicitado na terapia ocupacional e no setor saúde, compostos por uma grande maioria de profissionais do sexo feminino, conforme exposto pela Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO..., 2008) na Figura 1 abaixo:

4.3 Práticas de cuidado da terapia ocupacional junto às mulheres vítimas de violência

As tecnologias de cuidado da terapia ocupacional se expressam de modo singular, de maneira que cada profissional aplica seu conhecimento para produzir uma linha de cuidado (MERHY; FRANCO, 2003). Nesse sentido, as práticas das profissionais

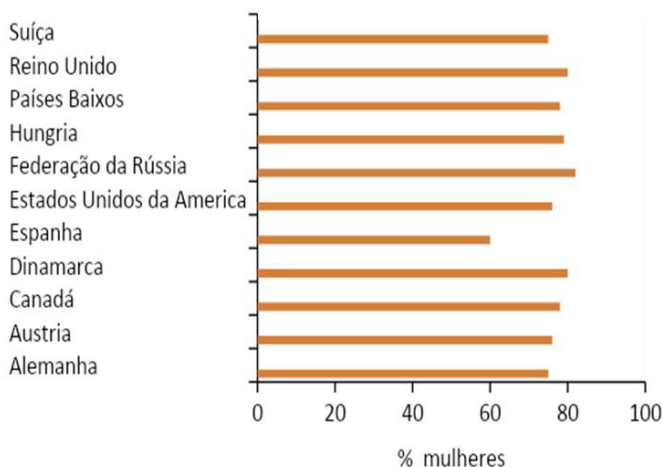


Figura 1. Distribuição da força de trabalho em saúde por sexo.

e os enunciados sobre suas práticas expressam a construção dessas tecnologias de cuidado.

Uma vez identificados os casos pela UBS, e as limitações citadas pelas profissionais no âmbito da formação e dos enunciados sobre campo a ABS, procuramos identificar como esses casos são abordados/acolhidos e como eles chegam (ou não) até a terapia ocupacional.

Normalmente o pessoal da enfermagem faz um acolhimento, de tentar entender o que está acontecendo. Elas nunca encaminharam especificamente para mim. Não sei se já encaminharam para o CREAS. Mas acredito que seria esse o encaminhando que elas fariam (TO 1).

Eu acho que vai depender do caso. No dia que vi que chegou a mulher machucada na unidade, a pessoa do acolhimento acionou a médica e encaminharam para o PS, até porque ela estava bem machucada [...] normalmente não vai chegar pro TO diretamente, vai vir pra quem é equipe de referência, pro ACS, pra enfermeira, para o auxiliar de enfermagem (TO 2).

No meu caso, às vezes as enfermeiras identificam um caso, alguma coisa que está acontecendo, e aí ela acaba me indicando, fala se a pessoa não quer conversar sobre isso com calma e com outra pessoa, se não acha que é melhor conversar mais sobre isso em outro espaço, em uma ambiente mais reservado. Então assim, acaba havendo um encaminhamento da equipe, ou a gente como tinha te falado, a pessoa vem por uma situação e a gente acaba observando a violência (TO 4).

Nota-se a partir dos depoimentos que a mediação entre as mulheres e a terapia ocupacional passa,

necessariamente ou majoritariamente, por um filtro anterior (visitas domiciliares e acolhimento), prioritariamente realizados por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e da equipe de enfermagem, o que nos dá pistas de que esses profissionais são elementos chave para compreenderem o que a terapia ocupacional e a rede setorial/intersetorial podem ofertar para essas mulheres.

O momento em que uma mulher decide compartilhar com um profissional que está em situação de violência, é um importante indicativo que essa mulher está pedindo ajuda, e por isso, uma resposta rápida e eficaz se faz necessária. No entanto, não nos referimos apenas à uma resposta técnica, mas uma resposta técnica-ética-política.

A técnica da TO caminha muito junto com a posição política, a gente precisa estar sempre bem informado para se mobilizar para algumas ações. As coisas caminham juntas, você não pode ser um técnico e só, você precisa ter uma formação política para trabalhar no SUS. [...] se você trabalha no SUS, é fundamental você ter algumas ideologias do que é saúde, do que não é, do que é possível fazer e requerer do serviço público (TO 3).

Olha eu acho que o TO tem um papel importantíssimo, porque em sua formação ela tem uma habilidade para tramitar em todos os setores: na Educação, na Saúde, no Social. A gente tramita muito. Eu acredito que nessas questões sociais e políticas, por exemplo, eu estou envolvida na saúde, mas eu não deixo de ter o olhar dos outros equipamentos. Então eu acho que a gente precisa melhorar muito a questão da intersetorialidade, eu acho que ainda temos essa situação de ficar só com a gente. A TO consegue se relacionar com os outros equipamentos [...] mas ainda acredito que precisamos melhorar

bastante, estudar um pouco mais sobre essas questões da violência, inclusive na formação de políticas públicas (TO 4).

Historicamente, terapeutas ocupacionais se engajaram em lutas de trabalhadores, usuários e familiares dos serviços em saúde mental, acompanharam a trajetória política dos movimentos de pessoas com deficiência e a luta por representatividade e ampliação de direitos de populações vulneráveis. Juntamente às propostas de desinstitucionalização, a luta por responsabilização do poder público pelo atendimento integral da parcela excluída da população foi um mote sempre presente nas últimas décadas na profissão (MOREIRA, 2008).

Em decorrência desse processo histórico de engajamento em outras lutas, embora os achados da primeira etapa da pesquisa evidenciem a fragilidade da formação profissional no que se refere especificamente à violência contra a mulher, é notória a densidade teórico-prática da profissão em um conjunto de conceitos e ações que são muito relevantes para compor a construção de tecnologias de cuidado voltadas às vítimas. Experiências de atendimentos junto a mulheres vítimas de violência doméstica e familiar tem se constituído como uma demanda que chega para as profissionais, principalmente de forma indireta na ABS.

[...] atendi em grupo duas mulheres que tinham filhos com dependência química e aí a dificuldade de lidar com essa situação, porque são mães e elas conseguiram deixar de cuidar, mas sofriram violência física. Elas chegaram no grupo de artesanato, era um grupo aberto a toda a população do bairro, mas era focado em saúde mental (TO 1).

Nas seis unidades que eu apoio tenho atendido individualmente e em grupo casos de pessoas que não vieram por conta de uma situação de violência, mas ao atender, descubro um histórico de violência [...] uma mulher que atendo começou a trazer algumas situações depois que ela já me conhecia há 2 meses, ela disse “agora acho que posso te contar”. É muito importante isso, o vínculo, você se mostrar disponível para acolher, para pensar junto e também responsabilizar essa pessoa (TO 2).

O que a gente vê é sempre uma violência por parte de homens que fazem uso de bebida, que chegam em casa e espancam a mulher. Elas chegam pedindo ajuda em relação ao álcool e não à violência, muito inseguras, se sentem incapazes de dirigir/conduzir a própria vida sozinhas (TO 3).

Mas ela vem por uma outra demanda, não houve nenhum caso que veio para mim com a violência explicitamente. Às vezes a demanda chega de outras formas, por exemplo, percebe que é uma mulher que está mais deprimida em um grupo [...] e aí com o vínculo, você se aproximando do caso que vai desvelando a questão da violência (TO 2).

Nesses casos, nota-se que um dos caminhos que coloca terapeutas ocupacionais em contato com a temática da violência doméstica em sua prática profissional na ABS não são majoritariamente demandas específicas voltadas para essa temática. O encontro com as vítimas se dá principalmente a partir dos possíveis resultados ou *efeitos* da violência (como o sofrimento psíquico, uso de substâncias psicoativas, sequelas relacionadas à agressões físicas, morais, psicológicas...) ou a partir de vivências cotidianas relatadas pelas usuárias que agregam possíveis fatores de riscos ou agravantes da violência (uso abusivo de álcool e outras drogas, vulnerabilidade social, miserabilidade, injustiça ocupacional, etc.)

Segundo Rabello e Caldas Júnior (2007), identificou-se que embora o abuso de álcool e outras drogas e a violência contra mulher sejam abordados como uma relação causal de situações de agressões, destaca-se que essa não é a causa primordial da violência sofrida, mas um fator que potencializa e vulnerabiliza as mulheres ao contexto violento.

Saffioti (2015, p. 82) reforça que “também obscurece a compreensão da violência de gênero o raciocínio que patologiza os agressores”. Assim sendo, o mecanismo da patologização ignora as hierarquias, as desigualdades de gênero e as contradições sociais, esquecendo-se que o uso de substâncias psicoativas age apenas como mais um elemento desencadeador da violência.

Outro ponto fundamental dessa discussão é como as profissionais têm atendido essas mulheres, que conceitos ou quais as tecnologias de cuidado do núcleo da terapia ocupacional podem e/ou estão sendo utilizados.

[...] início com os atendimentos individuais ou domiciliares, depois levo para grupo dependendo da situação. Mas do que eu percebi é a melhora da autoestima para que elas consigam fazer o enfrentamento dessas situações. E aí você pode trabalhar isso de n formas e a TO tem potencial para isso. [...] para fortalecer essa mulher em seu dia-a-dia. [...]. Acho que é trabalhar isso com a mulher: autoestima, autossuficiência, questões para fortalecer para enfrentar essa situação na prática (TO 1).

Cabe a TO porque de alguma maneira terá uma interferência no cotidiano dessa pessoa, seja nas relações dela, seja no papel dela de esposa, de trabalhadora, enfim de uma série de papéis ocupacionais. [...] Quando penso em tecnologias de cuidado, penso muito nessas relacionais, coisas que não são específicas só do núcleo. Pensar em vínculo, acolhimento, corresponsabilização, produção de autonomia. Com a especificidade da TO de olhar para o cotidiano, construir isso junto com as mulheres, pensar em articulação de rede, pensar em espaços que ela pode compartilhar e se fortalecer, pensar em participação social. Auxiliar essa pessoa em seu cotidiano a ter uma vida diferente, transitar em diferentes espaços, em novas relações! (TO 2).

[...] aí a gente colhe a história de vida dela e tudo mais, e começa a falar um pouco sobre o dia a dia dela, o que ela faz. E o contexto dela acaba sendo muito empobrecido e esse empobrecido que eu falo, muitas vezes, não é porque ela quer, mais porque o marido quer. E são coisas muito simples, que a gente como terapeuta ocupacional, tem muita facilidade para identificar, ajudar a pessoa a refletir e tentar mudar (TO 1).

Poderiam se beneficiar dos atendimentos em TO, no sentido de empoderar, fortalecer essa mulher para que ela possa tomar alguma atitude. A TO poderia contribuir ajudando essa mulher a descobrir suas próprias potencialidades e desenvolver isso no seu território. [...] podemos utilizar o recurso das atividades enquanto despertar coisas para essas mulheres, experimentar utilidades habilidades novas, estímulo para o estudo e trabalho [...] Experimentar, fazer. Trabalhar pensando em geração de renda, um grupo que possa se organizar, se solidificar (TO 3).

Acho que as nossas atividades contribuem, as atividades de grupos principalmente. A questão da violência: a gente sempre traz um tema e acaba levando a outro. [...] Às vezes a gente identifica a violência não pela mulher, mas pela figura da criança. Isso de certa forma acaba sendo explorado para fora, então assim: “nossa, meu filho falou para a terapeuta ou outra pessoa, que eu apanhei ontem”. Então a criança tá vendo tudo e diz: “tia, minha mãe apanhou, meu pai bateu na minha mãe”. E aí a gente tem uma possibilidade, às vezes, de abrir a questão com essa mulher chegar e começar a conversar sobre isso também. E aí a partir da criança a gente acaba atendendo a família toda (TO 4).

Identifica-se que, embora as terapeutas ocupacionais tenham referido pouca propriedade em relação à LMP e em relação aos recursos intersetoriais formais de enfrentamento da violência doméstica, as entrevistadas apontam caminhos a partir da prática que expressam contribuições significativas da profissão para essa população em específico.

Sinteticamente, a partir das entrevistas, identificamos que as ações do terapeuta ocupacional junto à essa população apontam para, pelo menos duas grandes direções (1) *ações do campo da ABS compartilhadas por outros profissionais* e (2) *ações do núcleo profissional*.

As ações do campo da ABS foram melhor exploradas a partir dos resultados da na etapa 1 da pesquisa, que não foi objeto deste artigo, mas podem ser aqui sintetizadas:

A equipe interdisciplinar, de forma geral, considera que a ABS é um espaço estratégicos do território para implementação de atividades direcionadas a prevenção e enfrentamento da violência doméstica e familiar, enfatizando a valorização da estratégia de saúde da família (ESF) como um modelo de cuidado que amplia as possibilidades de identificação e acompanhamento das situações de violência, não apenas por meio de intervenções nas famílias, em domicílio ou em atendimentos individuais/grupais, mas também por meio de ações nas escolas e rede intersetorial, com ênfase na potência da ação dos Agentes Comunitários de Saúde.

As ações do campo da ABS realizadas pela equipe interdisciplinar no cuidado oferecido a mulheres vítimas de violência, citadas pelos participantes incluem ações como: acolhimento, práticas de humanização, acompanhamento em saúde mental, visitas e acompanhamentos domiciliares, escuta qualificada, orientações gerais e específicas, práticas integrativas e complementares, criação de redes junto à outros serviços e setores e redes sócio-assistenciais de suporte.

No que se refere ao núcleo profissional, identificamos a partir da imersão do campo e das entrevistas que não foram citadas explicitamente tecnologias da terapia ocupacional desenvolvidas exclusivamente para essa população, no entanto, os dados apontam caminhos a serem construídos, a partir das ações da terapia ocupacional, que consolidam contribuições significativas para o enfrentamento da violência e possíveis tecnologias de cuidado a serem investidas.

A partir do procedimento de tradução (KASTRUP; PASSOS, 2013), procedimento próprio de algumas modalidades das pesquisas–intervenção, propomos a apresentação de algumas pistas fornecidas pelas entrevistadas na construção dessas tecnologias.

Segundo Kastrup e Passos (2013) traduzir é realizar a passagem de uma língua a outra, no nosso caso, da linguagem da narrativa sobre a experiência à linguagem da produção do conhecimento científico. Nesse sentido, não se trata de garantir uma correspondência de princípio ofertada por uma suposta universalidade de tecnologias previamente dadas. No procedimento de tradução, temos, ao contrário, que produzir equivalentes. Nos termos da pesquisa intervenção, a equivalência produzida não é sinônimo de correspondência, mas se dá como sintonia que opera a comunicação entre singularidades das ações e semióticas individuais das entrevistadas e as construções coletivas da profissão.

Entre as pistas produzidas, identificamos: (a) os principais espaços de intervenção de terapeutas ocupacionais junto a mulheres vítimas de violência doméstica na atenção primária na perspectiva das participantes; (b) as principais metodologias de intervenção das profissionais abordadas e (c) as principais práticas enunciadas pelas entrevistadas.

- (a) Os principais espaços de intervenção e de encontro entre terapeutas ocupacionais e mulheres vítimas de violência citados foram a própria unidade de saúde, o domicílio e o território de forma mais ampla, incluindo seus espaços abertos e institucionais;
- (b) Entre as principais metodologias de abordagem junto às mulheres foram citados atendimentos individuais em terapia ocupacional, atendimentos grupais, oficinas de geração de renda, atendimentos familiares, visitas/atendimentos domiciliares, apoio matricial e acompanhamentos terapêuticos.

As respostas encontradas entre as participantes vão de encontro com o estudo de Cabral e Bragalda (2017) que afirma que os grupos e oficinas terapêuticas, as visitas domiciliares e o apoio matricial tem se apresentado como as formas mais recorrentes de atuação desses profissionais no campo.

As práticas enunciadas pelas entrevistadas como experiências que contribuem para a construção de tecnologias de cuidado junto às mulheres/familiares incluem:

- O uso de atividades para a expressão, identificação e elaboração da experiência de violência;
- Identificação de papéis ocupacionais e intervenção em aspectos da dinâmica cotidiana que contribuem para a manutenção da violência doméstica e familiar;

- Construção de estratégias de enfrentamento da situação de violência junto à mulher e aos seus familiares;
- Construção de outras formas de participação social para ampliação da auto percepção, autossuficiência, autonomia da mulher, incluindo ações de geração de renda, autocuidado, oficinas terapêuticas e fortalecimento das redes sociais de suporte.

Nossos achados reforçam a tese de Cabral e Bragalda (2017) de que a terapia ocupacional, no contexto da ABS, pode atuar no favorecimento da participação social dessas mulheres e suas famílias na comunidade, com foco em seus projetos de vida e em atividades significativas.

Derivamos da análise dessas ações uma reflexão: uma vez a violência lançada como uma problemática que se dá a partir de um cotidiano de violências e que produz como efeito corpos individuais e coletivos violados, afirma-se uma ética de cuidado que vai além da afirmação ou da negação da violência como um problema individual ou social, ou mesmo para além da compreensão desse fenômeno como uma problemática concernente ou não ao setor saúde.

Ao afirmarmos que a cotidianidade de mulheres vítimas de violência seria o foco de nossa atuação profissional, afirmamos também um compromisso técnico-ético e político de abordar a violência como uma problemática que incide sobre a vida e os processos de viver, que inclui e ao mesmo tempo ultrapassa o cuidado individual ou privado, se reafirmando como um problema de esfera afetiva, cultural, pública e social.

5 Considerações Finais

A presente pesquisa teve como objeto o processo de construção de tecnologias de cuidado da terapia ocupacional e buscou identificar e analisar esses processos voltados para a atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar, no contexto da ABS.

A partir da análise dos resultados, de modo geral, identificou-se um paradoxo que explicita ao mesmo tempo algumas fragilidades da formação profissional de terapeutas ocupacionais e de profissionais da ABS sobre aspectos conceituais, legais e intersetoriais específicos sobre a violência contra a mulher, ao mesmo tempo em que explicita potências que terapeutas ocupacionais e profissionais da atenção primária possuem para o enfrentamento prático do ciclo da violência, seja pela formação generalista e

inclusiva deste profissional, seja pela a natureza da atenção capilarizada e territorializada da ABS/ESF.

Isso não nos isenta da necessidade de que a integralidade no cuidado e as questões de gênero sejam incorporadas explicitamente como referências na formação dos terapeutas ocupacionais e que os mesmos tenham conhecimento sobre os mecanismos de acesso ao direito, bem como sobre a rede de atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar.

Desvelar a violência no interior dos serviços e explicitar seus desdobramentos por meio de práticas de pesquisa se mostrou como um dispositivo estratégico para o engajamento de profissionais com o tema e para que a academia se corresponsabilize com práticas de formação e produção de conhecimento que auxiliem o enfrentamento da violência e seus efeitos.

Ficou evidente nos relatos das profissionais entrevistadas que os casos de violência doméstica e familiar estão presentes nos atendimentos realizados na ABS, sendo encaminhados para terapeutas ocupacionais de maneira direta e principalmente indireta. Identificamos que a profissão possui potencial para desenvolver tecnologias sociais e de cuidado que auxiliem mulheres a se perceberem em situação de violação de direitos e consequentemente proporcionar estratégias para seu fortalecimento individual e coletivo, rompendo o ciclo da violência por meio da criação de condições concretas de reconstrução/transformação de seu cotidiano.

A realização dessa pesquisa permitiu identificar que as unidades de saúde da atenção primária são um importante espaço, não só de identificação, mas principalmente de acolhimento, intervenção e de produção de redes de suporte para a população em estudo. Sendo assim, a terapia ocupacional e as demais profissões de saúde podem se debruçar na constituição de novas formas do agir profissional ou no fortalecimento das práticas já existentes, que inauguram tecnologias próprias de cuidado singular dedicado às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar, exigindo, portanto, a incorporação dos pressupostos defendidos no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres no âmbito de sua formação e atuação profissional.

Referências

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*, Recife, v. 12, n. 3, p. 307-318, 2012.

BASSI, B. G. C. et al. O Terapeuta Ocupacional na atenção básica em saúde: a representatividade em revistas

e nos congressos brasileiros da área. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 443-454, 2012.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 ago. 2006.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Plano nacional de políticas para as mulheres*. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013.

CABRAL, L. R. S.; BRAGALDA, M. M. A atuação da Terapia Ocupacional na atenção básica à saúde: uma revisão de literatura. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 25, n. 1, p. 179-189, 2017.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, 2009.

FREITAS, W. M. F.; OLIVEIRA, M. H. B.; SILVA, A. T. M. C. Concepções dos profissionais da atenção básica à saúde acerca da abordagem da violência doméstica contra a mulher no processo de trabalho: necessidades (in)visíveis. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 457-466, 2013.

INSTITUTO DATASENADO. *Violência doméstica e familiar contra a mulher*. Brasília: Instituto Datasenado, 2017.

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 884-894, 2012.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 25, n. 2, p. 263-280, 2013.

KISS, L.; SCHRAIBER, L. B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1943-1952, 2011.

LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 263-269, 2011.

MALFITANO, A. P. S.; LOPES, R. E. Programa de saúde da família e agentes comunitários: demandas para além da saúde básica. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 110-117, 2003.

MARCONDES, N. A. V.; BRISOLA, E. M. A. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. *Revista Univap*, São José dos Campos, v. 20, n. 35, p. 201-208, 2014.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

- MOREIRA, A. B. Terapia Ocupacional: história crítica e abordagens territoriais/comunitárias. *Revista Vita et Sanitas*, Trindade, v. 2, n. 2, p. 80-91, 2008.
- OLIVEIRA, A. M. N. et al. Percepção dos profissionais de saúde frente às intervenções primárias: prevenindo a violência intrafamiliar. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 424-431, 2015.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Spotlight: estatísticas da força de trabalho em saúde*. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/statistics/Spotlight_2_PO.pdf?ua=1>. Acesso em: 21 maio 2018.
- PASINATO, W. Acesso à justiça e violência doméstica e familiar contra as mulheres: as percepções dos operadores jurídicos e os limites para a aplicação da Lei Maria da Penha. *Revista Direito GV*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 407-428, 2015.
- PAULON, S. M.; ROMAGNOLI, R. C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 85-102, 2010.
- RABELLO, P. M.; CALDAS JUNIOR, A. F. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 6, p. 970-978, 2007.
- REIS, F.; GOMES, M. L.; AOKI, M. Terapia ocupacional na atenção primária à saúde: reflexões sobre as populações atendidas. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 341-350, 2012.
- ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003.
- SAFFIOTI, H. *Gênero patriarcado violência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015.
- SALCEDO-BARRIENTOS, D. M. et al. Violência doméstica e enfermagem: da percepção do fenômeno à realidade cotidiana. *Avances en Enfermería*, Bogotá, v. 29, n. 2, p. 353-362, 2011.
- SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-477, 2002.
- SIGNORELLI, M. C.; AUAD, D.; PEREIRA, P. P. G. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1230-1240, 2013.
- WASELFISZ, J. J. *Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil*. Brasília, 2015.

Contribuição dos Autores

Maribia Taliane de Oliveira e Sabrina Helena Ferigato contribuíram igualmente na concepção e redação do texto e aprovaram a versão final do artigo.

Fonte de Financiamento

PIBIC/CNPq-UFSCar.

Notas

- ¹ Esse artigo é resultado da pesquisa de Iniciação Científica intitulada “A atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: tecnologias de cuidado da Terapia Ocupacional na Atenção Básica em Saúde”, realizada no Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar por Maribia Taliane de Oliveira sob orientação de Sabrina Helena Ferigato.