CRISTIANE LOPES AMARIJO

O EXERCÍCIO DA PARRHESIA POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

RIO GRANDE
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

O EXERCÍCIO DA PARRHESIA POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

CRISTIANE LOPES AMARIJO

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, como parte das exigências para a obtenção do título de doutora em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Ética, Educação e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Edison Luiz Devos Barlem

RIO GRANDE

2019

Ficha catalográfica

A485e Amarijo, Cristiane Lopes.
O exercício da parresía por enfermeiros da Atenção Básica no cuidado a mulheres em situação de violência doméstica / Cristiane Lopes Amarijo. – 2019.
193 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2019.
Orientador: Dr. Edison Luiz Devos Barlem.

1. Violência Contra a Mulher 2. Violência Doméstica 3. Relações de Poder 4. Gênero e Saúde 5. Práticas Profissionais I. Barlem, Edison Luiz Devos II. Título.

CDU 343.615-055.2:616-083

Catalogação na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

CRISTIANE LOPES AMARIJO

O EXERCÍCIO DA *PARRHESIA* POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do **Título de Doutor** em Enfermagem e aprovada na sua versão final em 09 de dezembro de 2019, atendendo as normas de legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

Dra. Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG

BANCA EXAMINADORA

Dr. Edison Luiz Devos Barlem – Presidente (FURG)

Dra. Jamila Geri Tomaschewski Barlem– Efetivo Interno (FURG)

Dra. Camila Daiane Silva – Efetivo Interno (FURG)

Dr. Vânia Dias Cruz – Efetivo Externo (Pref. Pelotas)

Dr. Daniele Ferreira Acosta – Efetivo Externo (FURG)

Dra. Rosemary Silva da Silveira – Suplente Interno (FURG)

Dra. Graziele de Lima Dalmolin - Suplente Externo (UFSM)

RESUMO

AMARIJO, C.L. **O exercício da parresía por enfermeiros da Atenção Básica no cuidado a mulheres em situação de violência doméstica.** 2019. 193fls. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS.

A violência doméstica contra a mulher consiste em uma manifestação de relações desiguais de poder entre homens e mulheres, fruto da educação machista que a sociedade patriarcal perpetua ao longo dos séculos. No âmbito privado, determina padrões de relacionamento podendo desencadear a violência. As Unidades Básicas de Saúde constituem a porta de entrada para mulheres que sofrem violência doméstica e a equipe de enfermagem, muitas vezes, é que presta os primeiros cuidados à mulher. Acredita-se que os(as) enfermeiros(as) atuam como parresiasta, ou seja, que falam a verdade fornecendo subsídios para que elas transformem suas vidas. Através de seus diálogos, auxiliam-nas a transformar suas realidades, construir estratégias de poder e modificar a situação de violência. Nesse sentido, objetivou-se "Compreender o exercício da parresía por enfermeiros da Atenção Básica no cuidado a mulheres em situação de violência doméstica". Os objetivos específicos: "Identificar os dispositivos de poder envolvidos na ocorrência da violência doméstica contra a mulher"; "Analisar o exercício da parresía por enfermeiros da Atenção Básica que prestam assistência a mulheres em situação de violência doméstica"; "Analisar as principais dificuldades e facilidades do atendimento e cuidado a mulheres em situação de violência doméstica"; "Descrever os fatores que interferem no exercício da parresía e no cuidado à mulher em situação de violência doméstica" e "Identificar o conhecimento dos enfermeiros atuantes na Atenção Básica acerca da tipificação da violência doméstica contra a mulher". Participaram 20 enfermeiros atuantes em 13 Unidades Básicas de Saúde do munícipio do Rio Grande/RS. Pesquisa exploratória, descritiva, qualitativa, apoiada nos preceitos foucautianos. Para a coleta de dados empregou-se a técnica de entrevista, realizada entre abril a junho de 2018, cujo conteúdo foi inserido no *Software NVivo* e tratado à luz da Análise Textual Discursiva. Os resultados indicam que os(as) enfermeiros(as) possuem conhecimento da tipificação da violência; que exercitam a parresía quando assistem mulheres em situação de violência doméstica; que a assimetria nas relações de poder é um dispositivos empregado na ocorrência da violência; que a consulta de enfermagem é um momento oportuno ao exercício da parresía; que os entraves para o exercício da parresía são: confiabilidade nos relatos de violência, necessidade de provas físicas, dependência afetiva, desejo de manter o relacionamento, crença na mudança de comportamento do agressor, manutenção do status social de mulher casada e manipulação do agressor para que a mulher se sinta culpada pela violência sofrida. Não foram encontradas facilidades no atendimento a mulher em situação de violência doméstica. Confirma-se, portanto, a tese que "os(as) enfermeiros(as) atuantes na Atenção Básicas buscam exercer a parresía no cuidado à mulher em situação de violência doméstica através da informação, da busca pela garantia dos direitos da mulher, do estímulo ao exercício de poder e da coragem para denunciar". Conclui-se que diagnosticar a violência doméstica e agir como parresiasta é uma tarefa árdua que requer conhecimentos objetivos e subjetivos, bem como sensibilidade para interpretar o não dito. A enfermagem é uma profissão que pode gerar transformações sociais uma vez que está sempre engajada em ações de promoção da saúde.

Descritores: Violência contra a mulher. Violência doméstica. Relações de poder. Gênero e saúde. Práticas profissionais.

ABSTRACT

AMARIJO, C.L. **The exercise of parresia by primary care nurses in the care of women in situations of domestic violence**. 2019. 193fls. Thesis (Doctorate in Nursing) - School of Nursing. Nursing Graduate Program. Federal University of Rio Grande, Rio Grande / RS.

Domestic violence against women is a manifestation of unequal power relations between men and women, the fruit of the chauvinistic education that patriarchal society has perpetuated over the centuries. In the private sphere, it determines relationship patterns that can trigger violence. The Basic Health Units are the gateway to women who suffer domestic violence and the nursing staff often provides the first care to women. Nurses are believed to act as a parasiast, that is, they speak the truth by providing insights for them to transform their lives. Through their dialogues, they help them transform their realities, build power strategies and change the situation of violence. In this sense, the objective was "To understand the exercise of parresia by nurses of Primary Care in the care of women in situations of domestic violence". Specific objectives: "Identify the power devices involved in the occurrence of domestic violence against women"; "To analyze the exercise of parresia by primary care nurses who assist women in situations of domestic violence"; "Analyze the main difficulties and facilities of care and care for women in situations of domestic violence"; "Describe the factors that interfere with the exercise of parresia and care for women in situations of domestic violence" and "Identify the knowledge of nurses working in Primary Care about the typification of domestic violence against women". Participants were 20 nurses working in 13 Basic Health Units of Rio Grande / RS. Exploratory, descriptive, qualitative research, based on Foucautian precepts. For data collection was used the interview technique, held between April and June 2018, whose content was inserted in NVivo Software and treated in the light of Discursive Textual Analysis. The results indicate that nurses have knowledge of the typification of violence; who exercise parresia when assisting women in situations of domestic violence; that asymmetry in power relations is a device employed in the occurrence of violence; that nursing consultation is an opportune moment to exercise parresia; The obstacles to the exercise of parresía are: reliability in reports of violence, need for physical evidence, affective dependence, desire to maintain the relationship, belief in the behavioral change of the aggressor, maintenance of social status of married woman and manipulation of the aggressor to that the woman feels guilty for the violence suffered. No facilities were found to assist women in situations of domestic violence. Therefore, the thesis is confirmed that "nurses working in Primary Care seek to exercise parresia in the care of women in situations of domestic violence through information, the search for the guarantee of women's rights, the encouragement the exercise of power and courage to denounce". It is concluded that diagnosing domestic violence and acting as a parasiast is an arduous task that requires objective and subjective knowledge, as well as sensitivity to interpret the unsaid. Nursing is a profession that can generate social transformations since it is always engaged in health promotion actions.

Keywords: Violence against women. Domestic violence. Power relations. Gender and health. Professional practices.

RESUMEN

AMARIJO, C.L. **El ejercicio de la parresia por parte de enfermeras de atención primaria en el cuidado de mujeres en situaciones de violencia doméstica**. 2019. 193fls. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería. Programa de Posgrado en Enfermería. Universidad Federal de Río Grande, Río Grande / RS.

La violencia doméstica contra las mujeres es una manifestación de relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, fruto de la educación chovinista que la sociedad patriarcal ha perpetuado a lo largo de los siglos. En el ámbito privado, determina los patrones de relación que pueden desencadenar la violencia. Las Unidades Básicas de Salud son la puerta de entrada a las mujeres que sufren violencia doméstica y el personal de enfermería a menudo brinda la primera atención a las mujeres. Se cree que las enfermeras actúan como parásitos, es decir, dicen la verdad al proporcionarles ideas para transformar sus vidas. A través de sus diálogos, los ayudan a transformar sus realidades, construir estrategias de poder y cambiar la situación de violencia. En este sentido, el objetivo era "Comprender el ejercicio de la parresia por parte de las enfermeras de Atención Primaria en la atención de mujeres en situaciones de violencia doméstica". Objetivos específicos: "Identificar los dispositivos de poder involucrados en la ocurrencia de violencia doméstica contra las mujeres"; "Analizar el ejercicio de la parresia por parte de las enfermeras de atención primaria que ayudan a las mujeres en situaciones de violencia doméstica"; "Analizar las principales dificultades e instalaciones de atención y atención para mujeres en situaciones de violencia doméstica"; "Describa los factores que interfieren con el ejercicio de la parresia y la atención a las mujeres en situaciones de violencia doméstica" e "Identifique el conocimiento de las enfermeras que trabajan en Atención Primaria sobre la tipificación de la violencia doméstica contra las mujeres". Los participantes fueron 20 enfermeras que trabajan en 13 Unidades Básicas de Salud de Rio Grande / RS. Investigación exploratoria, descriptiva, cualitativa, basada en preceptos foucautianos. Para la recopilación de datos se utilizó la técnica de entrevista, realizada entre abril y junio de 2018, cuyo contenido se insertó en el software NVivo y se trató a la luz del análisis textual discursivo. Los resultados indican que las enfermeras tienen conocimiento de la tipificación de la violencia; quienes ejercen la parresia cuando ayudan a mujeres en situaciones de violencia doméstica; que la asimetría en las relaciones de poder es un dispositivo empleado en la ocurrencia de violencia; que la consulta de enfermería es un momento oportuno para ejercer la parresia; Los obstáculos para el ejercicio de la parresía son: confiabilidad en los informes de violencia, necesidad de evidencia física, dependencia afectiva, deseo de mantener la relación, creencia en el cambio de comportamiento del agresor, mantenimiento del estatus social de la mujer casada y manipulación del agresor para que la mujer se siente culpable por la violencia sufrida. No se encontraron instalaciones para ayudar a las mujeres en situaciones de violencia doméstica. Por lo tanto, se confirma la tesis de que "las enfermeras que trabajan en Atención Primaria buscan ejercer la parresia en el cuidado de las mujeres en situaciones de violencia doméstica a través de la información, la búsqueda de la garantía de los derechos de las mujeres, el estímulo el ejercicio del poder y el coraje para denunciar ". Se concluye que diagnosticar la violencia doméstica y actuar como un parásito es una tarea ardua que requiere conocimiento objetivo y subjetivo, así como sensibilidad para interpretar lo no dicho. La enfermería es una profesión que puede generar transformaciones sociales, ya que siempre se dedica a acciones de promoción de la salud.

Palabras clave: Violencia contra la mujer. La violencia doméstica. Relaciones de poder. Género y salud. Prácticas profesionales.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....11
2 OBJETIVOS.....19
2.1 Objetivo geral.....19
2.2 Objetivos específicos.....19
3 REVISÃO DE LITERATURA.....20
3.1 Violência doméstica contra a mulher: a evidência das relações de poder.....21
3.2 Determinantes ecossocioculturais e consequências biopsicossociais da violência doméstica contra a mulher.....27
3.3 Redes de apoio social e serviços disponíveis para o atendimento a mulheres em situação de violência doméstica.....32
3.4 A aparente invisibilidade da violência: a identificação nos serviços de saúde.....40
4 MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA.....45
4.1 Michel Foucault: breve exposição de uma trajetória intelectual.....45
4.2 A docilização para a utilização: a disciplinarização dos corpos.....49
4.3 Genealogia do poder.....54
4.4 Tecnologias de poder.....63
4.5 Poder pastoral.....64
4.6 Práticas de cuidado de si.....68
4.7 Parresía.....71

5 PERCURSO METODOLÓGICO.....78
5.1 Tipo de estudo.....78
5.2 Campo de investigação.....79
5.3 Participantes do estudo.....80
5.4 Critérios de inclusão e exclusão.....80
5.5 Coleta de dados.....80
5.6 Tratamento dos dados.....82
5.7 Aspectos éticos.....87
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....88
6.1 Perfil dos informantes.....88
6.2 Artigo 1 – **Revista Latino-Americana de Enfermagem**.....92
6.3 Artigo 2 – **Texto e Contexto Enfermagem**.....111
6.4 Artigo 3 – **Journal of Interpersonal Violence**.....126
6.5 Artigo 4 – **REBEN**.....149
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....167
REFERÊNCIAS.....174
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética.....183
ANEXO B – Parecer do NUMESC.....184
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....185
APÊNDICE B – Roteiro para coleta de dados.....187
APÊNDICE C – Memorando de Encaminhamento.....189
APÊNDICE D - Declaração do Diretor da Escola de Enfermagem.....190

APÊNDICE E – Solicitação de Autorização do secretário Secretaria de Município da Saúde do Rio Grande/RS.....191
APÊNDICE F – Unidades Básicas do município do Rio Grande.....192

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher, também conhecida como violência de gênero, é um fenômeno sócio histórico global, multifatorial, complexo, cujas raízes se encontram arraigadas na desigualdade entre os sexos. Atinge mulheres de diferentes faixas etárias, povos, culturas, nacionalidades, orientações sexuais ou condições sociais (COSTA; LOPES; SOARES, 2014; GONZÁLES; BEJARANO, 2014; LUCENA *et al*., 2017).

A violência doméstica e familiar contra a mulher consiste em "qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial" (BRASIL, 2006. p.8). Porém, existem outras maneiras de classificar as manifestações de violência contra as mulheres considerando os espaços onde elas ocorrem.

Compreende-se por violência doméstica aquela praticada dentro espaço de convívio permanente de pessoas, apresentando ou não vínculo familiar. A violência familiar consiste em toda ação que vise prejudicar, de alguma forma, a mulher, podendo ser efetivada por aparentados ou por pessoas que assim se considerem (BRASIL, 2006).

A violência doméstica contra a mulher (VDCM) consiste em uma manifestação de relações desiguais de poder entre homens e mulheres (COSTA; LOPES; SOARES, 2014; SOUZA *et al*., 2014), fruto da educação machista que a sociedade patriarcal perpetua ao longo dos séculos (GOMES; ERDMANN, 2014; LEITE *et al*., 2014). O lar, local que deveria ser considerado referência de refúgio, segurança e proteção, passa a ser visto como espaço de ocorrência e ocultação da violência (LEAL; LOPES; GASPAR, 2011; LUCENA *et al*., 2017).

Ao atribuir a uma pessoa funções e papéis sociais de acordo com o seu sexo biológico, se está separado em lados opostos homens e mulheres. Aos homens caberia, então, realizar todos os atos perigosos, espetaculares, os papéis públicos, o poder, a autoridade e a chefia da família. À mulher, o papel de obediente, de procriadora, os afazeres domésticos, a obediência, a subordinação, os cuidados com o lar, a educação dos filhos, atividades voltadas ao espaço limitado e confinado do lar, trabalhos domésticos, privados e escondidos (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; GIRALDO; BALLÉN, 2014; NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014).

Essa segregação resulta no estabelecimento das relações de poder (COSTA; SILVEIRA; MADEIRA, 2012). É como se as diferenças sexuais imprimissem nos corpos a justificativa para a distinção social entre os gêneros e suas funções laborais (BOURDIEU,

2014). Ressalta-se que o gênero não trata dessas diferenças biológicas entre masculino e feminino, mas ocupa-se com as relações sociais estabelecidas entre ambos devido às construções culturais desse conjunto de convicções acerca da masculinidade e feminilidade (COSTA; SILVEIRA; MADEIRA, 2012).

Essa distinção social entre os sexos é responsável pela obediência feminina ao homem, e pelo poder masculino sobre a mulher (GIRALDO; BALLÉN, 2014; HESLER *et al*., 2013). No âmbito privado, essa desigualdade baseada no gênero, determina os padrões de relacionamento entre homens e mulheres, podendo resultar em violência doméstica (GOMES; ERDMANN, 2014; LEITE *et al*., 2014). A relação intrínseca entre gênero e poder põe em evidência a natureza da subordinação feminina revelando que ela não é estática tampouco imutável ou natural. Nesse sentido, o poder é entendido como algo que se exerce e que é passível de transformação (COSTA; SILVEIRA; MADEIRA, 2012).

A violência doméstica contra a mulher representa, então, o resultado dos desequilíbrios no exercício do poder nas relações conjugais que confere aos homens o papel de dominador e às mulheres, de dominadas (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; COSTA; LOPES; SOARES, 2014; GIRALDO; BALLÉN, 2014; GONZÁLES; BEJARANO, 2014). Muitas vezes a violência é empregada como uma forma de manter a subordinação feminina nas relações matrimoniais (HESLER *et al*., 2013).

Para Foucault (1995), o poder não representa algo que se possui ou não. É um constructo sócio histórico que só se exerce e só existe em ação. Exercer o poder significa agir sobre a ação dos outros sem necessitar de consentimento, sem renunciar à liberdade ou transferência de direitos. É uma forma de influenciar os outros a agirem da forma que se deseja, tendo-se uma intenção final. Nesse sentido, o exercício do poder pode limitar ou ampliar o modo de agir do outro, consistindo em um conjunto de ações sobre ações possíveis (FOUCAULT, 1976).

Considerando que o poder não é algo que se possui e que só existe em ação (FOUCAULT, 1976), não se pode focar as investigações sob a ótica do binarismo masculino e feminino que relaciona o poder como sendo atributo único e exclusivamente dos homens enquanto que as mulheres lhes são subordinadas (COSTA; SILVEIRA; MADEIRA, 2012), pois conforme Foucault (2006b), ninguém está destituído de poder.

Sabe-se que, nas relações permeadas pela violência, as mulheres utilizam os mecanismos que têm disponíveis naquele momento. Todavia, inúmeros são os fatores envolvidos nas relações conflituosas e que podem encobrir o poder feminino intensificando o exercício de poder masculino. Contudo, a mulher não ocupa o lugar estático de “vítima

passiva" uma vez que as relações são mutáveis, passíveis de subversão, e a mulher possui a possibilidade de resistência e de exercício de poder (COSTA; SILVEIRA; MADEIRA, 2012), por vezes desigual e insuficiente parar neutralizar o poder masculino e anular a violência sofrida (ARAÚJO, 2008). O gênero constitui um dos *lócus* onde o poder é articulado, contudo, não é uma posição fixa imposta aos sujeitos, mas sim uma forma de consolidar as relações de poder. A desigualdade de oportunidades de exercício de poder nos distintos espaços sociais bem como nas relações afetivas acarreta na subordinação feminina aos mandos masculinos (COSTA; SILVEIRA; MADEIRA, 2012).

A naturalização e interiorização dos papéis sociais faz com que algumas mulheres em situação de violência não se percebam mergulhadas em tais situações (ARAÚJO, 2008; VALE *et al*., 2013). Elas acreditam estar vivenciando algo normal das relações íntimas. É como se a violência de gênero fosse constitutiva das relações conjugais e socialmente aceitável (COSTA; LOPES; SOARES, 2014; SANTOS *et al.*, 2014). Esse constructo, dos papéis sociais, acaba por transformar as mulheres em sujeitos conduzidos pelos homens.

Um estudo realizado com apenados que cumpriam sentença por violência contra mulher evidenciou que os mesmos culpabilizam as mulheres pela agressão sofrida. Alegam que elas os motivaram a tal ação. Em algumas situações o não cumprimento de tarefas domésticas, por eles consideradas femininas, foi o catalisador da violência. Em outras, a desobediência da mulher às ordens do marido foi referido como motivo para as agressões (COSTA; SILVEIRA; MADEIRA, 2012).

Essa problemática reflete a necessidade de modificações relacionadas à designação de papéis sociais do homem e da mulher, ancorada nas relações assimétricas de poder construídas historicamente (BOURDIEU, 2014; SOUZA *et al*., 2014). Alguns dos objetivos daqueles que exercem o poder consistem em manter privilégios adquiridos, conservar a autoridade e o exercício de uma função (FOUCAULT, 1995). Ressalta-se que essa luta não é contra os homens, mas sim uma luta pelo fim da violência contra as mulheres, pela igualdade, uma luta diária que necessita ser discutida e incorporada por todos os segmentos da sociedade (ANFLOR, 2014; PORTAL BRASIL, 2017).

Ao pensar a violência doméstica sobre o prisma das relações de poder, percebe-se que as formas de subordinação a que as mulheres são submetidas, tratam-se de dispositivos de manutenção de poder focados na violência e na contínua condução de condutas (FOUCAULT, 1995). O agressor utiliza estratégias para limitar o exercício de poder da mulher, privando-a dos seus meios de resistência e combate, levando-a gradualmente a estados de dominação em que a desistência de lutar é a consequência mais imediata,

dificultando a reversão da situação vivenciada e levando-a a agir da forma que ele deseja, obedecendo-lhe e sendo submissa, limitando suas condutas e modelando sua subjetividade.

Esses jogos de poder constituem formas de agir sobre a ação dos outros sem necessitar de consentimento. Tais ações, em seus micro espaços de ocorrência, atuam como dispositivos a influenciar os outros a agirem da forma que se deseja (FOUCAULT, 1995). Entretanto, o poder só se exerce sobre sujeitos livres, que possuem um campo de possibilidades para transformar a situação vivenciada (FOUCAULT, 1995).

No contexto brasileiro, apesar de a Lei Maria da Penha (LMP) ter sido criada, no ano de 2006, com a finalidade de reduzir os altos índices de crimes contra a mulher, punir agressores, assegurar os direitos femininos, protegê-las e conferir-lhes maior autonomia (BRASIL, 2006), os dados revelam que, ainda hoje, essa forma de violência é bastante expressiva no território brasileiro (SOUZA *et al*., 2014). A criação da LMP constitui-se como "um ponto de partida, e não de chegada, no combate à violência contra a mulher" (FRANCO, 2013. p.2).

A Central de Atendimento à Mulher, também conhecida por Ligue 180, é um serviço de utilidade pública, gratuito e confidencial, cujo objetivo é receber denúncias ou relatos de violência, além de orientar as mulheres sobre seus direitos encaminhando-as para os serviços especializados quando necessário (PORTAL BRASIL, 2017). Apenas no primeiro semestre de 2016, essa Central registrou 67.962 relatos de violência. Do total desses relatos, mais da metade (51,06%) correspondiam à violência física e 31,10% eram referentes à violência psicológica. A violência moral totalizou 6,51% dos relatos, o cárcere privado atingiu um percentual de 4,86% e a violência sexual um total de 4,30%. O que chama a atenção é o fato de que a maioria das denúncias (67,9%) foi realizada pela própria mulher. Comparando os atendimentos realizados no primeiro semestre de 2015 e de 2016, houve um aumento de 52% dos atendimentos realizados (PORTAL BRASIL, 2016).

Ao finalizar o ano de 2016 a Central bateu seu recorde e alcançou mais de um milhão (1.133.345) de atendimentos às mulheres em todo o País, 51% a mais do que no ano anterior. Os dados referentes aos casos de violência sobem para 140.350, sendo 50,70% de violência física; 31,80% de violência psicológica; 6,01% de violência moral; 5,05% de violência sexual e 4,35% de cárcere privado (PORTAL BRASIL, 2017).

Ainda, no ano de 2016, o Brasil ocupava o 5º lugar, no ranking dos 184 países, na morte de mulheres, definida como feminicídio é uma triste realidade. Os dados revelaram que a cada 100 mil mulheres, 4,8 foram assassinadas (WAISELFISZ, 2015).

Os indicadores epidemiológicos apresentados revelam que o crescimento da violência vem ocorrendo de forma indiscutível no Brasil (SALCEDO-BARRIENTOS *et al.*, 2014). Entretanto, o aumento dos dados nas pesquisas pode estar relacionado não diretamente ao aumento da violência contra as mulheres, mas sim estar revelando a conscientização das mulheres acerca dos seus direitos, a importância da denúncia bem como das formas de violência a que podem estar sendo submetidas. Pode ser que esse desvelamento da violência esteja ainda relacionado ao empoderamento feminino decorrente das divulgações referentes à problemática. Essa situação leva a crer que as mulheres estão saindo da invisibilidade e lutando pelos seus direitos quando realizam a denúncia.

Considerando que desde, o nascimento, e durante toda vida, as pessoas estabelecem relações interpessoais e constroem redes de apoio formadas por pessoas da família, amizades, colegas de trabalho ou de escola e instituições dentre eles os serviços de saúde, essas relações atuam como fator de proteção à vida dos indivíduos. Esse suporte oferecido pelas redes influencia de forma positiva a vida das pessoas (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010). Entretanto, algumas situações podem limitar e até mesmo prejudicar essa interação modificando e afastando o indivíduo de sua rede, dentre elas a violência contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo (DUTRA *et al.*, 2013).

A família é a primeira instância da rede social a ser procurada frente a algum problema. No entanto, por vezes, a família fornece um apoio limitado, sendo necessário recorrer a outros componentes dessa rede. É nesse momento que o apoio advindo dos profissionais de saúde se mostra relevante (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010). Mulheres em situação de violência buscam com maior frequência os serviços de saúde, principalmente os voltados para a atenção primária (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013; GONZÁLES; BEJARANO, 2014; ACOSTA et. al., 2017). Aproximadamente 35% das queixas que levam as mulheres a procurar o setor de saúde se relacionam com algum tipo de violência (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Quanto mais a mulher necessita de atendimento de saúde, maior é a probabilidade de ela estar envolvida em situações de violência doméstica (LUCENA *et al*., 2017). O exercício do poder nas relações conjugais apresenta grande impacto sobre a saúde das mulheres, com implicações sobre a qualidade de vida (VIEIRA *et al*., 2013a; VIVIESCAS-VARGAS *et al*., 2013), uma vez que limita, reprime e censura o seu agir. Vivenciar situações violentas resulta na perda de um ano de vida saudável a cada cinco anos de vitimização. Anualmente, a violência doméstica acarreta uma perda de nove milhões de anos de vida saudável (GONZÁLES; BEJARANO, 2014).

À medida que a situação violenta se acentua e suas consequências apresentam maior gravidade, o serviço de saúde deixa de assumir o papel de "opção" e passa a ser uma necessidade para a mulher (VIVIESCAS-VARGAS, 2013). Contudo, não existe um limite que determine quando a violência passa a ser uma necessidade de saúde. O que deve ser considerado como um indicador dessa necessidade é a gravidade dos danos causados pela violência (VIVIESCAS-VARGAS, 2013).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) oferecem serviços de saúde gratuitos por integrarem a rede de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as especialidades ofertadas estão: atendimento de Enfermagem, Clínica geral, Pediatria, Ginecologia, Assistência social. Apresentam por objetivo o atendimento de pessoas, em uma dada região, a fim de solucionar os problemas de saúde que a população apresenta, encaminhando os casos mais graves para ambulatórios especializados e hospitais (BRASIL, 200-).

As UBS constituem a porta de entrada para as mulheres que sofrem violência doméstica e a equipe de saúde, em especial a de enfermagem, muitas vezes, é a primeira a prestar os cuidados à mulher violentada (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2013; METZNER *et al*., 2012). Entretanto, o entendimento da mulher como sexo frágil e submisso encontra-se inserido no imaginário social, exercendo influências sobre distintas áreas, inclusive na assistência à saúde e, principalmente, no atendimento às mulheres em situação de violência doméstica (HESLER *et al*., 2013; VALE *et al*., 2013). As intervenções dos profissionais de saúde refletem as marcas da construção de gênero e das relações de poder, pois ressaltam a fragilidade feminina como foco de ação (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Em determinadas situações, os próprios profissionais incentivam a passividade feminina frente ao mando masculino, enfatizando que devem ter paciência e não "bater de frente" (KIND *et al*., 2013). Não estimulam as mulheres ao desenvolvimento do poder que possuem, para transformar suas realidades (GOMES *et al.*, 2013). Entretanto, há de se considerar que mesmo os profissionais que atuam no cuidado às mulheres em situação de violência doméstica não estão livres de vivenciar a violência conjugal, o que pode dificultar o atendimento (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013).

É dever do profissional de saúde cuidar de forma humanizada e integral, a partir de uma visão holística, a fim de atender às necessidades biopsicossociais das usuárias que buscam o serviço de saúde. Os profissionais que atuam diretamente no atendimento às mulheres em situação de violência doméstica devem estar capacitados para acolhê-las de forma efetiva e detectar casos de VDCM (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2013).

Em relação aos profissionais da enfermagem, esses podem exercer o poder junto às usuárias que buscam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, uma vez que exercem influências nestes locais e sobre as pessoas através do exercício de ações de cuidado. Transformar a realidade das mulheres que vivenciam situações de violência no seu cotidiano conjugal vai além do corrigir os excessos cometidos pelos parceiros. Erradicar a violência contra as mulheres exige trabalhar com o poder presente nas relações marcadas pelas diferenças de gênero. Esse tipo particular de violência, baseado nas relações de poder, envolve uma complexidade que reveste as relações conjugais de tal forma a caracterizar a mulher como vítimas passivas da dominação (DEBERT, GREGORI, 2008).

Nesse sentido, acredita-se que os profissionais da enfermagem utilizam a parresía, ou seja, da coragem de falar a verdade para fornecer subsídios para que essas mulheres transformem suas vidas. A palavra parresía, de origem grega, é compreendida como a fala aberta e verdadeira sobre o que o narrador pensa. A parresía refere-se, ainda, a uma relação existente entre o pensar, o falar e o agir. A pessoa que faz uso da parresía, ou seja, o sujeito que fala a verdade é denominado de *parresiasta*. Contudo, para que a pessoa seja um *parresiasta* seu pensar, falar e agir devem estar em consonância (FOUCAULT, 1999).

Além disso, o *parresiasta* tem o compromisso e a coragem de falar a verdade, independente do risco que possa correr, não necessariamente risco de vida. Esse jogo *parresiástico* de falar a verdade, envolve o *parresiasta* e o interlocutor, podendo consistir em conselhos acerca da maneira como o interlocutor deve pensar ou agir (FOUCAULT, 1999). Considerada uma técnica de orientação espiritual, a parresía era constituída por práticas que auxiliavam os sujeitos no autocuidado, a aprender para educar-se. Tais práticas parresísticas dotam o sujeito de autoconhecimento, requisito indispensável para o acesso à verdade e ao conhecimento (FOUCAULT, 1999).

O profissional de enfermagem pode atuar como *parresiasta*, uma vez que dentre as suas atribuições ao atender mulheres vitimadas pela violência, está o acolhimento, momento este em que o profissional pode (e deve) fornecer orientações sobre os seus direitos e os recursos que poderão auxiliar no enfrentamento da violência (HESLER *et al*., 2013; GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013; KIND *et al*., 2013). É através da parresía que as mulheres podem desenvolver o cuidado de si. Esse constitui o alicerce no qual o sujeito irá construir seu agir ético. Tais práticas instigam o sujeito a refletir sobre si, transformando-o, inovando-o, produzindo, assim, um novo *ethos* (DIAS, 2015). Por *ethos* Foucault compreende como uma atitude, uma escolha no modo de pensar, agir e conduzir-se, dentro de um dado contexto histórico. É um modo de ser e orientar-se socialmente. As ações dos sujeitos

contribuem para a construção ética dos mesmos (FOUCAULT, 1984; DIAS, 2015). A ética do cuidado de si considera, além do sujeito, o cuidado com o outro, desencadeando, dessa forma, a transformação do sujeito e da coletividade (DIAS, 2015).

Superar a violência não significa a separação do casal. Ela pode ocorrer a partir da compreensão, da mulher, acerca dos mecanismos envolvidos na situação violenta que, em posse desse entendimento, pode construir estratégias de enfrentamento da violência dentro de seu lar, cotidianamente (DUTRA *et al*., 2013). Representa uma não aceitação do *status quo*, um repúdio a uma cultura machista-patriarcal que responsabiliza a mulher pela vida doméstica e familiar. Ressalta-se que, para que as relações de poder ocorram deve coexistir a presença de resistência, o desejo de luta, mesmo que no imaginário da mulher em situação de violência (RABINOW; DREYFUS, 1995).

Acredita-se que os profissionais da enfermagem podem atuar como *parresiasta* e através de seus diálogos com as mulheres (interlocutoras) auxiliá-las a transformar suas realidades, a construir estratégias de poder, a modificar a situação de violência por elas vivenciada, implementando o cuidado de si produzindo um novo *ethos*. Considerando que o sujeito consiste em um constructo sócio histórico, lapidado pelas situações vivenciadas, considerando tempo e espaço, o pensamento filosófico de Foucault se mostra adequado para trabalhar as questões de violência contra a mulher devido à sua amplitude e abrangência. De uma pluralidade marcante, aborda distintos temas dentre eles a produção de saberes, a cultura e o poder (DIAS, 2015). Apesar de a violência constituir-se em um problema contemporâneo, historicamente ela já é integrante de nossa sociedade.

As investigações das relações de poder permitem compreender que as relações de gênero são mutáveis e transformáveis (COSTA; SILVEIRA; MADEIRA, 2012), pois o poder não é algo que se possui, não é um bem do qual se tem posse, tampouco ele é fixo e estático (FOUCAULT, 1976). A desigualdade de gênero, constructo sócio histórico, é passível de transformação com vistas à equidade entre homens e mulheres. Alguns autores acreditam que, assim como a violência é um constructo social, a não violência também o é (MARTINS; LEMOS; FERREIRA, 2017).

Nesse contexto, será defendida e sustentada a **tese** de que "*os(as) enfermeiros(as) atuantes na Atenção Básica buscam exercer a parresía no cuidado à mulher em situação de violência doméstica através da informação, da busca pela garantia dos direitos da mulher, do estímulo ao exercício de poder e da coragem para denunciar*".

O estudo se **justifica** devido à reduzida ou até mesmo inexistência de investigações que versem acerca dessa temática. O ineditismo do presente projeto está em interseccionar o

exercício da parresía com o atendimento prestado pelos(as) enfermeiros(as) às mulheres em situação de violência doméstica.

Essa investigação se mostra **relevante** devido à necessidade de explorar e conhecer as maneiras pelas quais os enfermeiros atuam junto às mulheres em situação de violência doméstica objetivando transformar a realidade das mesmas a partir do exercício de poder das mulheres dentro das relações conjugais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Compreender o exercício da parresía por enfermeiros da Atenção Básica no cuidado a mulheres em situação de violência doméstica.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar os dispositivos de poder envolvidos na ocorrência da violência doméstica contra a mulher;
- Analisar o exercício da parresía por enfermeiros da Atenção Básica que prestam assistência a mulheres em situação de violência doméstica;
- Analisar as principais dificuldades e facilidades do atendimento a mulheres em situação de violência doméstica sob o prisma das relações de poder.
- Descrever os fatores que interferem no exercício da parresía e no cuidado à mulher em situação de violência doméstica.
- Identificar o conhecimento dos enfermeiros atuantes na Atenção Básica acerca da tipificação da violência doméstica contra a mulher.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão, encontra-se dividida em seis subcapítulos. Inicia-se com "Violência doméstica contra a mulher: a evidência das relações de poder". Nele, apresentam-se os conceitos acerca da violência contra a mulher conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) e também sob a ótica da Lei Maria da Penha, bem como as tipificações da violência doméstica contra a mulher. A seguir, discorre-se sobre "Determinantes ecossocioculturais e consequências biopsicossociais da violência doméstica contra a mulher" discorrendo-se sobre questões ecossocioculturais e de gênero.

Enfoca-se, ainda, "Panorama brasileiro", momento em que são apresentados dados estatísticos de pesquisas realizadas por entidades reconhecidas e engajadas no enfrentamento da violência doméstica contra a mulher. Em sequência, explicita-se "Serviços disponíveis para o atendimento as mulheres em situação de violência doméstica" onde são apresentadas algumas das conquistas femininas, ao longo do tempo, que culminaram em serviços e instituições de atenção às mulheres em situação de violência doméstica, de enfrentamento e prevenção da problemática, bem como os entraves para a efetivação desses serviços.

Após, explana-se sobre "As redes sociais" constituídas no decorrer da vida das mulheres e que podem atuar como fatores de proteção a ocorrência de violência, considerando-se que mulheres que apresentam uma rede de apoio social estruturada sofrem menos violência doméstica do que aquelas que não se encontram inseridas em relações sociais. Por último apresenta-se "A aparente invisibilidade da violência: a identificação nos serviços de saúde" que aborda a procura da mulher em situação de violência doméstica pela instituição de saúde e o papel destas como *lócus* imprescindível para a detecção dessa problemática.

3.1 Violência doméstica contra a mulher: a evidência das relações de poder

Reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como violência baseada no gênero, a violência contra a mulher consiste em uma transgressão aos direitos humanos (VIEIRA *et al.*, 2013). Considerada como um fenômeno social e de saúde pública, atinge mulheres de diferentes faixas etárias, encontrando-se presente em diversas culturas e classes socioeconômicas (SILVA; COELHO; NJAINE, 2014; SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013; SANTOS *et al.*, 2014).

A violência contra a mulher consiste em todo ato de violência baseado no gênero que ocasione danos físicos, psicológicos, emocionais e/ou sexuais para as mulheres (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014; MARTINS; LEMOS; FERREIRA, 2017). Essa modalidade engloba todas as ações baseadas nas relações de poder e nas diferenciações culturais atribuídas a ambos os sexos, incluindo ameaças, coerções, privação da liberdade, dentre outras, sendo elas realizadas no espaço público ou privado (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014).

Sob influência da cultura patriarcal, homens e mulheres consideram que as incumbências masculinas se referem aos papéis públicos, ao exercício do poder, à autoridade e à chefia da família (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; GIRALDO; BALLÉN, 2014). À mulher cabe a procriação, os afazeres domésticos, a obediência e a subordinação. Os atributos de gênero valorizam o homem em relação à mulher, estabelecendo acentuadas assimetrias nas relações de poder (ANFLOR, 2014; COSTA; LOPES; SOARES, 2014; GIRALDO; BALLÉN, 2014; SILVA).

Baseada nas diferenças biológicas, essa construção social é ensinada e aprendida, de forma "natural", desde o início da vida e talvez até antes do nascimento (BOURDIEU, 2014). Embora a diferença entre homens e mulheres seja apenas uma condição anatômica, são as questões de gênero vigentes que distinguem o que é ser homem e o que é ser mulher hierarquizando as relações de poder (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013).

A violência de gênero, constructo social que põe em evidência as relações de poder, encontra-se arraigada na diferença entre os papéis sociais de homens e mulheres. Nela, o homem busca exercer o poder sobre a mulher com a intenção de dominá-la e controlá-la (SILVA; COELHO; NJAINE, 2014; NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014). É uma manifestação de relações desiguais de poder entre homens e mulheres (COSTA; LOPES; SOARES, 2014; SOUZA *et al.*, 2014), fruto da educação machista que a sociedade patriarcal perpetua ao longo dos séculos.

Uma pesquisa realizada pelo Data Senado com 1.116 mulheres revelou que 29% delas declararam terem sofrido alguma forma de violência. Destas, a maioria revelou que o agressor era ou foi seu parceiro íntimo. Em relação aos atuais, o marido, o companheiro e/ou namorado foi indicado como autor da violência doméstica por 41% das entrevistadas. Quanto aos ex parceiros (marido, companheiro e/ou namorado), um total de 33% das respondentes referiu-os como responsáveis pela violência. Das mulheres que declararam já terem sofrido violência doméstica, 22% referiram ter vivenciado essa situação nos últimos 12 meses enquanto que 78% negou essa afirmativa (BRASIL, 2017).

No âmbito privado, essa desigualdade baseada no gênero, determina os padrões de relacionamento entre homens e mulheres, podendo resultar em violência doméstica (GOMES; ERDMANN, 2014; LEITE *et al.*, 2014). Responsável por cerca de 80% da violência de gênero, a violência por parceiro íntimo (IPV - *Intimate partner violence*) tem sido uma das principais formas de violência identificada mundialmente (VIEIRA *et al*., 2013). A violência contra a mulher apresenta-se sob distintas modalidades, dentre elas a que ocorre entre parceiros íntimos, dentro do ambiente doméstico, conhecida como violência doméstica (SILVA; COELHO; NJAINE, 2014).

Por IPV entende-se qualquer comportamento dentro do relacionamento íntimo que cause algum tipo de dano à mulher quer seja ele físico, moral ou sexual. São considerados perpetradores dessa modalidade de violência o parceiro ou cônjuge atual e o ex-parceiro que, sendo este considerado, estatisticamente, o principal agressor (SILVA; COELHO; NJAINE, 2014). Em algumas situações a violência começa após o término da relação, quando a mulher, por não aceitar a reconciliação ou por começar outro relacionamento começa a sofrer violência (SILVA; COELHO; NJAINE, 2014).

A violência conjugal ocorre sem considerar determinantes como classe socioeconômica, raça, etnia e faixa etária (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014). Apesar de se constituir como um fenômeno complexo e multifacetado, em algumas sociedades, a violência nas relações íntimas é tolerada (SILVA; COELHO; NJAINE, 2014).

Um estudo realizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) sobre a violência contra as mulheres investigou mais de dez mil homens de idades entre os 18 e os 49 anos, em seis países da Ásia e revelou que um em cada dez admitiu ter violado uma mulher que não era sua companheira, enquanto cerca de 25% afirmou que já tinha abusado da parceira. O dado se torna alarmante quando, aproximadamente, três terços desses homens justificam seus atos por considerarem que se trata de um "direito sexual" deles independentemente do consentimento da mulher. A realização de tal crime também foi justificada como uma forma de divertimento, de entretenimento, por estarem entediados ou por encontrarem-se em um momento de raiva (FULU *et al.*, 2013).

A violência doméstica contra a mulher na Rússia, assim como mundialmente, é um grave problema. Dados do Governo russo revelam 36 mil mulheres são agredidas diariamente, somente em 2008, 14 mil mulheres morreram por agressão. Apesar disso, em janeiro de 2017 o Parlamento russo aprovou a "lei da bofetada" cujo teor descriminaliza a violência doméstica praticada pelo homem contra sua mulher caso não haja lesões corporais graves, ou seja, o agressor somente responderá pelo crime de violência se houver algum risco para a saúde da

vítima ou se a mesma conseguir provar que houve uma agressão mais severa (TOMÁS, 2017).

A lei também não criminaliza as situações em que a violência foi praticada somente uma vez no ano, ou seja, ela permite que os agressores violentem suas mulheres uma vez por ano. Em casos de agressões recorrentes o agressor pode ser processado criminalmente tendo que pagar uma multa de até 621 euros, serviço comunitário obrigatório até seis meses ou cumprir uma pena de prisão até três meses (TOMÁS, 2017).

Se for a primeira vez que o homem agride a mulher sua penalização diminui podendo ser uma multa de até 466 euros, prisão de até 15 dias ou serviço comunitário obrigatório até 120 horas. Uma das coautoras da lei justifica a criação, pois considera que contusões e escoriações são agressões livres de responsabilidade. Afirma ainda que a cultura da família russa é alicerçada sobre as relações autoritárias (TOMÁS, 2017).

No Brasil, a Lei 11.340, também conhecida como Lei Maria da Penha (LMP), criada no ano de 2006, conceitua a violência doméstica e familiar contra a mulher com sendo "qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial" (BRASIL, 2006, p.8). Pode manifestar-se sob distintas formas: violência física, violência psicológica, violência moral, violência patrimonial e a violência sexual (BRASIL, 2006; OMS, 2010).

A violência física consiste em qualquer conduta cujo objetivo seja prejudicar a integridade física da mulher (BRASIL, 2006; SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013; GONZÁLES; BEJARANO, 2014). Estão incluídos os tapas; empurrões; socos; mordidas; chutes; queimaduras; cortes; estrangulamentos; tirar de casa à força; amarrar; arrastar; lesões causadas por armas ou objetos; obrigar a mulher a ingerir medicamentos desnecessários ou inadequados, álcool, drogas ou outras substâncias; etc. (BRASIL, 2002).

Para que a violência física ocorra é quase um pré-requisito que a violência psicológica/moral já esteja presente, desestruturando a relação conjugal de forma, muitas vezes, devastadora danificando a saúde mental das mulheres. Em determinadas situações a mulher só se percebe mergulhada em um relacionamento conflituoso quando começa a ter episódios de depressão, ansiedade e insônia. A violência contra a mulher não é algo natural, trata-se de uma construção social (INSTITUTO AVON, 2013).

A violência psicológica refere-se a qualquer conduta que objetive causar dano à autoestima, à identidade e ao desenvolvimento da pessoa. Ela é exercida quando ocorrem ameaça, intimidações, constrangimento, humilhação, a ridicularização, desvalorização, manipulação, isolamento de amigos e familiares, a privação da liberdade, o confinamento

doméstico, vigilância e perseguição, insulto, chantagem, críticas pelo desempenho sexual, etc. (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006; SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013; GONZÁLES; BEJARANO, 2014).

Por não deixar danos físicos, muitas vezes, a violência psicológica não é percebida como agressão, permanecendo invisível (GONZÁLES; BEJARANO, 2014; VIVIESCAS-VARGAS *et al*., 2013). Entretanto, essa forma de violência, muitas vezes, tem por finalidade a coerção feminina. Empregando uma fala que não é franca, o homem utiliza a coerção como uma ferramenta de controle da mulher, impossibilitando-a de tomar posse de suas ações (DIAS, 2015). Infere-se que a violência psicológica pode se apresentar de forma mais sutil, mas tão graves quanto as outras formas de violência.

A violência moral engloba a calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006; SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013; GONZÁLES; BEJARANO, 2014). Em relação a violência patrimonial, ela se efetiva nas situações em que os bens da mulher (roupas, objetos, animais de estimação, entre outros), documentos pessoais, recursos econômicos são retidos, subtraídos ou danificados parcial ou totalmente (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013). Também constitui essa forma de violência a negação ao pagamento de pensões concedidas por via judicial para a sobrevivência familiar, bem como o uso dos recursos financeiros de pessoas idosas que estejam sob tutela, para fins pessoais e as deixando sem os devidos cuidados (BRASIL, 2006). As modalidades de violência moral e patrimonial apresentam reduzida abordagem na literatura em virtude de seu desconhecimento como crimes contra a mulher (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013).

A violência sexual ocorre quando a mulher é obrigada a participar, manter ou presenciar uma relação sexual da qual não deseja compartilhar, mediante ameaças ou uso da força (BRASIL, 2006; GONZÁLES; BEJARANO, 2014). Se efetiva em situações de estupro, abuso sexual intrafamiliar, assédio sexual, carícias indesejadas, exposição obrigatória a material pornográfico, negação do parceiro em utilizar preservativos, sexo forçado durante um relacionamento, quer seja namoro, noivado ou casamento, entre outras formas (BRASIL, 2006).

Uma pesquisa realizada pelo instituto Avon, em 2013 em âmbito nacional, investigou a percepção de homens acerca da violência doméstica contra as mulheres. Na ocasião 1500 pessoas, de 50 municípios, preencheram um questionário. Os homens representavam 2/3 dos participantes. Um percentual de 41% da população brasileira declara conhecer algum homem que já agrediu sua companheira. Todavia, apenas 12% referem ter sido violentos, alguma vez na vida, com suas parceiras atuais. Dentre as ações que os homens referem ter praticado

contra sua parceira estão: xingamentos, empurrões, ameaças verbais, tapas, socos, privação de liberdade, arremessos de objetos, humilhação em público, sexo forçado, ameaça com armas. Essas modalidades de violência não ocorreram uma única vez, variando entre três e 21 vezes (INSTITUTO AVON, 2013).

Desde 2005 o Instituto de Pesquisa Data Senado realiza bienalmente pesquisas telefônicas para ouvir as brasileiras em relação à violência contra as mulheres no país. Em 2017 foi realizada a sua sétima edição sendo entrevistadas 1,116 mulheres. Nas pesquisas anteriores o percentual de entrevistadas que revelavam ter sofrido alguma forma de violência se mantinha constante, entre 15 e 19%. Porém, neste ano, houve um aumento significativo neste percentual passando para 29%. Os dados revelam que a forma de violência a que as entrevistadas foram mais submetidas foi, em primeiro lugar, a violência física atingindo 67% das respondentes, a seguir aparece a violência psicológica com 47% dos casos, a violência moral com 36% e, por último, mas não menos importante, a violência sexual com 15% (BRASIL, 2017).

Embora de difícil quantificação em valores absolutos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que no mundo, uma em cada três mulheres já foi, é ou será vítima de violência doméstica (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013). Apesar de ser caracterizada conforme os danos que pode causar, em determinadas situações, essas "violências" se imbricam coexistindo, frequentemente, a violência física, a psicológica e a sexual (VIEIRA *et al*., 2013a; GONZÁLES; BEJARANO, 2014).

Em relação à Lei Maria da Penha, a totalidade das 1.116 mulheres entrevistadas na pesquisa do Data Senado referiu já ter ouvido falar na lei, porém 77% declaram pouco o conhecimento que possuem. No que concerne a proteção conferida as vítimas de violência doméstica, 53% das respondentes consideram que a lei não protege. Para a totalidade das entrevistadas que declararam terem sofrido alguma forma de violência a lei não protege as mulheres. Esses dados podem estar relacionados com a baixa efetividade das políticas públicas implementadas para a proteção das vítimas revelando a necessidade de maior divulgação dos aspectos de proteção, prevenção e direitos das mulheres garantidos pela referida Lei (BRASIL, 2017).

Apesar dessa informação, 90% das entrevistadas declaram-se dispostas a denunciarem situações de violência disferidas a outras mulheres, caso as presencie. Percebe-se uma maior conscientização das mulheres em relação à gravidade da violência doméstica bem como do compromisso social de eliminar as distinções de gênero a fim de erradicar a violência (BRASIL, 2017). Em relação aos homens, uma pesquisa do Instituto Avon (2013) revelou que

dos 995 homens entrevistados, um percentual de 46% sabe algo a respeito da Lei Maria da Penha, 32% já ouviu falar apesar de não saber quase nada a respeito enquanto que apenas 3% nunca ouviram falar. Outros 15% declararam saber bastante sobre a lei e 4% dizem saber muito. São favoráveis a Lei Maria da Penha 92% dos entrevistados. Acreditam que a referida lei ajuda a reduzir os índices de violência doméstica contra a mulher 86% dos respondentes (INSTITUTO AVON, 2013).

Percebe-se que a Lei Maria da Penha conferiu maior visibilidade à violência contra as mulheres, enfatizando os direitos e deveres, tanto de mulheres quanto de homens. Contudo, é imprescindível que, além de campanhas educativas de prevenção, sejam instalados centros de reabilitação para agressores, onde serão discutidos temas referentes à violência doméstica contra a mulher com o intuito de conscientizar esses homens que se desconhecem como agressores, bem como de contribuir para o rompimento do ciclo da violência (INSTITUTO AVON, 2013).

No Brasil, a criação da LMP, ampliou a proteção das mulheres que sofrem violência pelos seus parceiros íntimos. Seu advento impulsionou o surgimento de um número crescente de organizações governamentais e não governamentais, que auxiliam as mulheres que sofrem violência e, assim, a rede de serviços está em expansão. Em nível nacional, foram criadas delegacias de polícia para mulheres, abrigos e serviços especiais para as mulheres em situação de violência doméstica. Essas instituições não se limitam apenas ao atendimento às mulheres, sendo algumas delas destinadas a ajudar homens agressores (VIEIRA *et al*., 2013). O artigo 45 da LMP versa sobre o encaminhamento do agressor para programas de recuperação e reeducação (BRASIL, 2006). Essa inovação da lei revela a preocupação com os agressores também, uma vez que visa proporcionar momentos para que possam refletir sobre seus atos e mudar suas atitudes perante as mulheres.

Uma investigação realizada pelo Instituto Avon junto a 995 homens revelou que quando indagados acerca do tipo de ajuda que um homem agressor deveria buscar, 25% responderam que a saída seria procurar um terapeuta ou psicólogo, 20% conversar com a esposa, 16% procurar conversar com familiares, 10% procurar a polícia, 7% procurar a igreja, 5% conversar com amigos e 4% recomendam a buscar por grupos de apoio. Caso enfrentassem problemas referentes a situações agressivas no relacionamento, 68% dos entrevistados afirmaram que aceitariam participar de algum programa voltado a ajudar na mudança de comportamento (INSTITUTO AVON, 2013).

Os casos de violência doméstica podem ser classificados em duas distintas situações: circunstâncias “agudas” (ou emergentes) e “crônicas” (ou recorrentes). Por “circunstâncias

agudas" entende-se as ocorrências atuais, provenientes de atos recém-cometidos enquanto que as "circunstâncias crônicas" compreendem todas as modalidades de violência sofrida de forma recorrente, por anos, em suas vidas (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013).

Em geral, as violências que ocorrem de forma aguda apresentam traumas físicos visíveis e as mulheres em situação de violência doméstica buscam atendimento em unidades de emergência, enquanto que mulheres em situação de violência doméstica crônica direcionam-se para a atenção primária à saúde (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013). Essa situação ocorre devido à proximidade que os profissionais de saúde possuem com as famílias, além de adentrarem na arena da violência doméstica, ou seja, no ambiente doméstico das mulheres.

3.2 Determinantes ecossocioculturais e consequências biopsicossociais da violência doméstica contra a mulher

Questões ecossocioculturais e de gênero se encontram intimamente relacionadas a este tipo de violência (SILVA; COELHO; NJAINE, 2014; SANTOS *et al.*, 2014). Para compreender a violência doméstica contra mulheres é imprescindível considerarmos a categoria de gênero bem como a construção eco sócio histórica dos papéis sociais de homens e mulheres (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013).

O desequilíbrio no exercício de poder nas relações conjugais, que confere aos homens o papel de dominador e às mulheres de dominadas, acaba, muitas vezes, resultando na violência contra elas (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; COSTA; LOPES; SOARES, 2014; GIRALDO; BALLÉN, 2014; GONZÁLES; BEJARANO, 2014). Essa distinção social é responsável pela obediência feminina ao homem, e pelo poder masculino sobre a mulher (GIRALDO; BALLÉN, 2014; HESLER *et al*., 2013).

Por vezes a violência é utilizada como uma forma de manter a subordinação feminina nas relações matrimoniais (HESLER *et al*., 2013). Alguns autores acreditam que as relações conjugais conflituosas decorrem da necessidade masculina de manter a hierarquia de poder dentro da relação ou colocar a situação de volta ao controle (COSTA; LOPES; SOARES, 2014; NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014).

Por vezes o homem tenta resolver o desentendimento conjugal, porém a crença de que a violência é a única atitude possível, o leva a cometer esse crime (SILVA; COELHO; NJAINE, 2014). Em outras situações, alguns homens quando sentem que o seu papel de

"chefe" e provedor da família está ameaçado, partem para a agressividade na tentativa de proteger seu status hierárquico de poder (COSTA; SILVEIRA; MADEIRA, 2012).

Essa intersecção entre violência e a desigualdade de gênero acarreta na naturalização da violência contra as mulheres. Assim, muitos homens não reconhecem suas atitudes como violentas e banalizam as consequências dessa violência (SILVA; COELHO; NJAINE, 2014). Ressalta-se que as questões relativas ao gênero não constituem uma dimensão encapsulada. Ela é interseccionada com outras dimensões cujas relações de poder também se encontram presentes, como a idade, o extrato social, a etnia, dentre outros (DEBRET, GREGORI, 2008).

A VDCM não se justifica, contudo, existem fatores que são considerados seus precursores (GOMES; ERDMANN, 2014). Dentre os fatores considerados de risco para um homem agredir fisicamente uma mulher estão a desigualdade entre os sexos, a natureza das relações interpessoais entre os envolvidos, o sentimento de posse do homem sobre a mulher, a banalização, a adoção da violência como forma de resolução dos conflitos cotidianos, a pobreza, a baixa escolaridade, a pouca idade do casal, o consumo excessivo de álcool, ter sofrido alguma forma de abuso na infância e experimentar outras formas de violência na fase adulta, etc. (OMS, 2010; REICHENHEIM *et al*., 2011; LEITE *et al*., 2014).

O desemprego do homem aumenta a possibilidade da ocorrência de violência contra a mulher (SILVA; COELHO; NJAINE, 2014). Apesar do grande percentual de famílias lideradas por mulheres, uma parcela significativa da população brasileira acredita que o homem é o "soberano" da família (IPEA, 2014; OMS, 2010). Essa situação, arraigada na visão de família patriarcal, confere ao homem o título de chefe da família (IPEA, 2014). A interseção entre o desemprego masculino, a dependência feminina e a submissão da mulher contribuem de forma assustadora para o estabelecimento de relações conflituosas (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014).

Estar desempregado e a mulher trabalhando fora de casa, pode abalar a identidade masculina de provedor da família. É inaceitável, em seu imaginário machista, a possibilidade dele ser sustentado pela mulher. Para resgatar sua possibilidade de "poder" e colocar a situação de volta ao "controle", o homem busca impor sua autoridade através da força desencadeando a violência de gênero (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014). Imperceptível, muitas vezes, aos olhos femininos, a exigência, pelo homem, de dedicação exclusiva dela ao lar, fazendo suas "tarefas de mulher", constitui uma forma sutil de violência. Essa modalidade de violência se esconde, algumas vezes, sob a aparência enganadora de "segurança" do status de "mulher casada" (DUTRA *et al*.,2013).

Entretanto, algumas formas de controle não necessariamente são vividas como imposição, sendo aceitas pelas mulheres, que assim se sentem asseguradas nas suas identidades de "mulher casada" (DUTRA *et al*., 2013). Algumas mulheres acreditam que a violência adentrou em suas vidas em um determinado momento em que discordaram de uma atitude do parceiro ou quando seus desejos eram incompatíveis. Essa situação, para algumas, serviu como um catalisador para o enfrentamento da possibilidade do estabelecimento de situações violentas em sua vida conjugal (DUTRA *et al.*, 2013).

Ressalta-se que a violência contra a mulher possui uma dinâmica peculiar. Formada por um ciclo de três fases consecutivas e progressivas, inicia-se com a tensão no relacionamento migrando para a explosão onde de fato a violência acontece e, após rumando para um período de arrependimento do agressor (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014; RIO DE JANEIRO, 2013).

Dentre os fatores predisponentes à violência está o fato da mulher possuir filhos. Dados estatísticos revelam que mulheres que tem filhos estão mais propensas a sofrerem situações de violência. Na pesquisa do Data Senado, 34% das mulheres que sofreram violência tinham filhos, enquanto que as que sofreram violência e não possuíam filhos totalizaram 15% (BRASIL, 2017).

A cor da pele também apareceu como um fator contribuinte para a ocorrência da violência. As mulheres negras tiveram percentuais de violência maiores do que aquelas que se autodeclararam brancas. A violência física acometeu 65% das mulheres negras ao passo que as mulheres brancas totalizaram 57%. Em relação à violência sexual, 27% das entrevistadas eram negras e 11% eram brancas (BRASIL, 2017). Conforme dados do balanço da Central de Atendimento à Mulher, ou Ligue 180, as negras representam 60,53% das vítimas, seguidas pelas mulheres brancas (38,22%) (PORTAL BRASIL, 2017).

O uso de drogas lícitas, em especial o álcool, aparece como um dos fatores que induzem a agressão (SANTOS *et al.*, 2014; BRASIL, 2017). Os efeitos que o álcool produz no organismo humano são utilizados para justificar o comportamento agressivo do homem sobre a sua parceira (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014). Em relação às drogas ilícitas, a cocaína e o crack, também são apontados como desencadeadores da violência. Do mesmo modo que o álcool, o consumo dessas substâncias também é usado para explicar a conduta agressiva. Tanto drogas lícitas quanto ilícitas alteram os níveis sensoriais reduzindo as inibições promovendo, assim, a ocorrência de violência. Ressalta-se que a violência tenha se efetivado pelo fato de o usuário não aceitar que sua companheira se intrometa em seus hábitos relacionados à drogadição (SILVA; COELHO; NJAINE, 2014).

Outros fatores ainda podem ser citados como, por exemplo, as brigas ou discussões e o ciúme (BRASIL, 2017). O descontrole gerado pelo ciúme ou pela suspeita de traição, aparece também como um determinante à ocorrência de violência. Situações que despertam o ciúme no agressor como, por exemplo, a mulher ser vista conversando com outro homem, ou o simples fato de suspeitar de traição constituem justificativas machistas para a efetivação da agressão física. Essa forma de resolver o desentendimento conjugal, por vezes, é vista como único recurso que acaba sendo naturalizado (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014; SILVA; COELHO; NJAINE, 2014).

Dentre as distintas situações desencadeantes de conflitos conjugais, o ciúme e a suspeita de traição são as que mais descontrolam a maioria dos homens. O sentimento gerado por essas duas situações fere diretamente a sua masculinidade. Com sua virilidade fragilizada, recorrem à violência como forma de resgatar a posse sobre a mulher bem como sua submissão (SILVA; COELHO; NJAINE, 2014).

Outros fatores que também levam à ocorrência de violência e que são justificados de forma machista são: a negação da mulher em manter relações sexuais; a desobediência ao marido; a infidelidade; o não cuidar adequadamente dos filhos; questionamentos ao companheiro acerca de relações extraconjugais e aspectos financeiros (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014).

A idade parece ter influência sobre o primeiro ato agressivo. Na pesquisa realizada pelo Data Senado em 2015, a idade que as mulheres referiram ter quando ocorreu a primeira agressão era, em sua maioria, entre os 20 e os 29 anos (34%), seguido por aquelas que tinham até 19 anos (32%). Na edição de 2017 houve uma inversão nesse dado que passou a ser até os 19 anos (35%) a idade em que as mulheres foram agredidas pela primeira vez seguido por aquelas que se encontravam na faixa etária de 20 a 29 anos (33%) (BRASIL, 2017).

O enfrentamento da situação de violência, por vezes, é permeado pelo medo que paralisa as mulheres e ameaça a sobrevivência delas e de seus filhos. Entretanto, romper com o ciclo da violência as coloca em um patamar de igualdade com os homens (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014).

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) elaborou o Índice de Desigualdade de Gênero (IDG) que avalia as desigualdades de gênero em três dimensões: saúde reprodutiva, empoderamento (autonomia) e atividade econômica. Em relação à saúde reprodutiva, esse dado é calculado considerando a mortalidade materna e a taxa de natalidade entre adolescentes. No que concerne ao empoderamento, é considerado o percentual de homens e mulheres de 25 anos ou mais com pelo menos o ensino médio completo e a

porcentagem de homens e mulheres com assento no Parlamento. Quanto à atividade econômica é avaliada pela participação de ambos os sexos no mercado de trabalho (ONU, 2017).

O relatório sobre desenvolvimento das Nações Unidas, de 2016, revela que, no ranking de igualdade de gênero, o Brasil ocupa a 92ª posição em uma lista de 159 países. Isso acusa uma piora na desigualdade de gênero, pois em 2014 o país ocupava o 80º lugar, ou seja, as desigualdades de gênero estão se acentuando no Brasil. A desigualdade de gênero representa um grande problema para o desenvolvimento humano em escala mundial (ONU, 2017).

O referido relatório acusa que, em muitos países, as mulheres não desenvolvem plenamente o potencial de suas vidas devido às disparidades de gênero, enraizadas em normas sociais e padrões tradicionais que excluem as mulheres da tomada de decisões em casa e na comunidade, limitando suas oportunidades e possibilidades. Expõe, ainda, que uma das formas mais brutais que revela o pouco exercício de poder das mulheres é a violência contra elas (ONU, 2017).

Percebe-se que a VDCM representa um grave problema de saúde pública, devido à sua magnitude, gravidade, recorrência e pelas múltiplas repercussões negativas que causa sobre a qualidade de vida das mulheres (ALMEIDA, SILVA, MACHADO, 2014; MARTINS; LEMOS; FERREIRA, 2017). Apresenta alta prevalência no cotidiano de muitas mulheres, afetando a saúde e a qualidade de vida delas. Essa consiste no somatório das interações entre inúmeros fatores ecossocioculturais (LUCENA *et al*., 2017).

Um estudo realizado com 424 mulheres residentes no município de João Pessoa/Brasil, evidenciou que a menor probabilidade de ocorrência de violência doméstica estava associada com uma maior satisfação da qualidade de vida, com a inserção das mulheres em relações sociais e a sensação de segurança das mesmas. Mulheres que alegam nunca terem sofrido nenhum tipo de violência, a avaliação de sua qualidade de vida é mais satisfatória do que aquelas que em algum momento de suas vidas foram violentadas (LUCENA *et al.*, 2017).

Essa transgressão dos direitos femininos encontra-se fortemente associada com situações de suicídio, morte materna, complicações na saúde física e mental (VIVIESCAS-VARGAS, 2013; NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014; MARTINS; LEMOS; FERREIRA, 2017).

A violência doméstica preocupa os profissionais em virtude das inúmeras consequências que ocasiona sobre a saúde feminina, acarretando em um maior uso dos serviços de atenção (SALCEDO-BARRIENTOS, 2014; SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA,

2013; NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014; LUCENA *et al*., 2017). Em relação à qualidade de vida, mulheres que sofreram violência exibem uma saúde deteriorada, com repercussões sobre a condição física, mental e reprodutiva (OMS, 2010; NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014; LUCENA *et al.*, 2017).

No que diz respeito ao físico, elas podem apresentar síndrome de dor crônica, lesões físicas, transtornos do aparelho digestivo, tentativas de suicídio, enfim, os mais variados sinais e sintomas. Quanto à saúde mental, pode-se citar: depressão, transtornos psicossomáticos, entre outros. No que concerne às repercussões na saúde reprodutiva, destaca-se as complicações na gravidez, aborto espontâneo, aborto praticado em condições inseguras, gravidez não desejada, infecções sexualmente transmissíveis e esterilidade (BRASIL, 2009a; OMS, 2010; GOMES; ERDMANN, 2014; SILVA; COELHO; NJAINE, 2014; NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014). Reflete ainda, sobre a vida profissional acarretando em perda de produtividade, redução do desempenho no trabalho, absenteísmos e demissões (SILVA; COELHO; NJAINE, 2014).

Contudo, a principal queixa das mulheres que sofrem algum tipo de violência de gênero é a dor crônica, que pode localizar-se em qualquer parte do corpo ou mesmo não ter uma localização especifica. “É a dor que não tem nome ou lugar!” (SÃO PAULO, 2007, p.32). Em mulheres que sofrem violência, determinadas enfermidades crônicas se apresentam de forma exacerbada ou precariamente controladas (MASSULA, 2006). Esse quadro de sinais e sintomas desconexos que por si só não constituem um diagnóstico (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013) caracterizam o que alguns autores descrevem como *Battering Syndrome* ou “Síndrome da Mulher Espancada” (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013).

Nessa síndrome a violência é acompanhada pelo aumento dos sintomas clínicos e os problemas emocionais apresentam-se de sofrimento mais intenso e duradouro. Na tentativa de se adaptar a essa situação a mulher desenvolve grande dependência ao agressor. Ela o vê como um protetor, acaba se isolando e a ameaça muda de foco passando a ser compreendida como tudo o que for externo ao relacionamento (BARROSO FILHO, 2008).

3.3 Redes de apoio social e serviços disponíveis para o atendimento a mulheres em situação de violência doméstica

Desde o nascimento e durante toda vida as pessoas estabelecem relações interpessoais e constroem redes de apoio formadas por pessoas da família, amizades, colegas de trabalho ou

de escola e instituições dentre eles os serviços de saúde, essas redes atuam como fator de proteção à vida dos indivíduos. Esse suporte oferecido pelas redes influencia, de forma positiva, na vida das pessoas (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010). Entretanto, algumas situações podem limitar e até mesmo prejudicar essa interação, modificando e afastando o indivíduo de sua rede.

A vida social é constituída pelo espaço público e privado. Historicamente, o ambiente doméstico é identificado com o lócus onde ocorre a construção da intimidade quer seja do sujeito, do casal ou da família (VIEIRA *et al*., 2013). É no espaço público da vida social que se constroem as relações sócio humanas (DUTRA *et al.*,2013).

Por rede social compreende-se a trama de relações que envolvem diferentes atores sociais que podem ser pessoas, instituições ou movimentos sociais. A estrutura dessa rede social é moldada a partir das interações desenvolvidas entre os componentes da mesma (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010; DUTRA *et al.*, 2013). Uma restrição da rede sócio humana pode dificultar e, até mesmo, impedir o acesso à rede sócio institucional. Os reflexos da violência seja ela física, psicológica ou sexual transformam a configuração das redes sociais das mulheres tornando-se cada vez mais restritas a indivíduos com diminuto poder para oferecer apoio (DUTRA *et al.*, 2013).

A violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo dificulta a manutenção dos vínculos sociais que a mulher possuía, levando-a a situações de isolamento e fragilidade (DUTRA *et al.*, 2013). Mulheres que apresentam uma rede de apoio social estruturada sofrem menos violência doméstica do que aquelas que não encontram-se inseridas em relações sociais. O convívio social contribui para o estabelecimento de relações sociais assim como sua ausência prejudica a qualidade da relação (LUCENA *et al.*, 2017).

Esta situação pode ser fruto também das expectativas das mulheres em relação ao casamento, uma vez que ao atribuírem grande importância ao matrimônio se sentem na obrigação de manter esse compromisso, além de considerarem a união como uma parceria que garante a condição de vida, sua e de seus filhos (DUTRA *et al.*,2013).

As frequentes ameaças e o temor de novas e mais intensas agressões contribuem, de forma negativa, para o isolamento da mulher. Ela evita contato com pessoas que possam, possivelmente, desagradar o agressor, a fim de evitar novas situações de violência. As suas relações restringem-se, então, a pessoas que não representem ameaça ao companheiro, ou seja, filhos e alguns familiares. A consequência mais devastadora desse enclausuramento é o refúgio da mulher a um silêncio absoluto que destrói sua autonomia e a impede de buscar ajuda em sua rede social (DUTRA *et al*., 2013).

O aniquilamento das redes sociais da mulher, anteriores ao casamento, e a limitação de sua entrada em novas redes, impede que a mesma busque suportes para o reconhecimento e enfrentamento da violência. Essa situação consiste em uma estratégia de domínio dos homens sobre as mulheres, que podem ser melhor visualizadas nos casos de proibições, quer seja de estudar, trabalhar, frequentar instituições religiosas ou até mesmo no controle do contato com familiares e amigos. Por vezes, a restrição das relações sociais da mulher dificulta o acionamento dos serviços disponíveis que poderiam contribuir para a transformação da situação de violência (DUTRA *et al.*,2013).

Todavia, é imprescindível considerar as dinâmicas de poder que envolvem as redes sócio humanas e sócio institucionais uma vez que a reprodução dos valores atrelados a desigualdade de gênero contribuem, de forma negativa, para a permanência das mulheres na situação violenta. Cabe ressaltar que, quanto mais restrita for a rede social da mulher, maior será o poder do homem sobre ela, visto que a rede fragilizada, será composta por um número restrito de atores, que não possuem recursos para oferecer e a influência não será suficiente para transformar a realidade da mulher em situação de violência doméstica (DUTRA *et al.*, 2013). “A manutenção da violência se apoia em dinâmicas que pressupõem uma rede restrita a atores que não ameacem o poder do parceiro” (DUTRA *et al.*, 2013, p.1302).

Os dados estatísticos da Central de Atendimento à Mulher, também conhecida por Ligue 180, revelaram um aumento alarmante no que concerne ao cárcere privado. Comparando o primeiro semestre do ano de 2015 e de 2016, houve um aumento de 142% dos acontecimentos referentes a esse crime, o que representa uma média de 18 casos de cárcere privado por dia (PORTAL BRASIL, 2016).

Outra modalidade de rede são as Redes de Atenção à Saúde (RAS) que se constituem em estratégias para o desenvolvimento de um cuidado integral de acordo com as necessidades das populações. As RAS são compostas por iniciativas e serviços de saúde com distintos atributos assistenciais. Ressalta-se que a Atenção Básica é a principal porta de entrada das RAS (BRASIL, 2012 – PNAB; COSTA; RAMIRES, 2014).

As RAS contribuem para a transformação da forma de atendimento da população. Elas organizam os serviços de saúde contribuindo para um atendimento de qualidade. É através das UBS que os indivíduos podem ter acesso a RAS e, consequentemente, uma atenção continuada e integral, bem como dispor de atenção multiprofissional (COSTA; RAMIRES, 2014). Entretanto, um companheiro violento que subtrai da mulher seu direito de ir e vir pode se favorecer de seu controle na relação para impedir que a mesma busque ajuda nos serviços de saúde bem como limitar o acesso a medicamentos por ela (MASSULA, 2006).

Nos anos 60 os movimentos feministas ganharam força e notoriedade, tornando públicas as questões referentes a violência na relação entre homens e mulheres revelando serem resultantes de uma estrutura de dominação (DEBERT, GREGORI, 2008). Em resposta aos movimentos feministas contra a violência de gênero intensificados no final da década de 70 (REICHENHEIM *et al.*, 2011) os olhares políticos e judiciais se voltaram para a problemática que estava sendo desvelada. A violência contra a mulher passa, então, a ser foco de elaborações de políticas públicas e serviços especializados no enfrentamento da violência (MASSULA, 2006).

O primeiro serviço de atendimento às mulheres em situação de violência foi criado em 10 de outubro de 1980, denominado SOS Mulher. Prestava atendimento social, jurídico e psicológico. Este foi o primeiro grande passo do longo caminho a ser trilhado rumo a visibilização da violência contra as mulheres, à garantia dos direitos femininos e o acesso à justiça (MASSULA, 2006, ARAÚJO, 2008).

Este consiste em um "conjunto de direitos fundamentais constituídos sobre uma base de igualdade, com o fim de garantir a solução de conflitos mediante os procedimentos estabelecidos pelas leis de um país." (MASSULA, 2006. p.140). Entretanto, existem alguns fatores que atuam como obstáculos ao acesso dentre os quais se podem citar o desconhecimento por parte das mulheres acerca dos direitos que são detentoras, pois apesar das campanhas contra a violência o sobre direitos femininos, o desconhecimento é persistente; a descrença na justiça que pode ser devido à demora no julgamento dos processos ou ainda às formalidades do aparato judicial, situação esta que acaba gerando um sentimento de que a justiça não é eficiente. O número reduzido de defensores públicos acessíveis àquelas mulheres que não possuem condições de arcar com honorários também é um fator que dificulta e até mesmo impede o exercício dos direitos femininos. Somam-se a esses determinantes a escassez de programas sociais cujo objetivo seja erradicar a pobreza (MASSULA, 2006).

Outro fator agravante é o tratamento dispensado às mulheres em relação ao gênero que acaba por refletir no acesso desigual de homens e mulheres à justiça (MASSULA, 2006). A realidade brasileira deixa transparecer que a desigualdade social no acesso à justiça ainda é persistente. Apesar das leis brasileiras versarem sobre o direitos das pessoas, as mulheres, na maioria das vezes, não conseguem usufruir desses direitos, tampouco fazer valer o seu direito de viver sem violência (DEBRET, GREGORI, 2008).

O Decreto nº 23.769, de 6 de agosto de 1985 cria as Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (DEAMs) (ANFLOR, 2014; NOBRE; BARREIRA, 2008; BRASIL, 1985). A primeira foi instituída em São Paulo, no ano de 1985 (ANFLOR, 2014;

BANDEIRA, 2009). No dia da inauguração uma fila com mais de 500 mulheres, que eram agredidas pelos seus companheiros se formou em frente à delegacia. Neste momento, a violência contra as mulheres atingiu uma maior visibilidade e passou a ser uma preocupação social e de formuladores de políticas públicas (BERTHO, 2016).

No ano de 1988, foi instalada a primeira DEAM na cidade de Porto Alegre, expandindo-se a seguir, para Canoas e Caxias do Sul (ANFLOR, 2014). Essas delegacias apresentavam distintas denominações: Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), Delegacia para a Mulher (DM), Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM) (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012).

As delegacias passaram a se configurar como espaços "responsáveis pelo registro e apuração de crimes contra a mulher, pelo seu enfrentamento e prevenção" (NOBRE; BARREIRA, 2008, p.140). Em 1992, o Brasil possuía 125 Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (SOUZA *et al*., 2014) e, em 2003, esse número subiu para 290 (MASSULA, 2006). Essas delegacias foram frutos de reivindicações de feministas e movimentos sociais em prol dos direitos das mulheres (DEBERT; GREGORI, 2008).

No início da década de 90 foram inaugurados os Conselhos e Coordenadorias de Defesa dos Direitos das Mulheres. Esses serviços, liderados por representantes do poder público e da sociedade civil, possuíam a incumbência de elaborar e implementar políticas públicas, além de monitorar e acompanhar os serviços públicos disponíveis que atuam na atenção às mulheres em situação de violência doméstica. No Brasil, no ano de 2006 já existia um Conselho Federal e 97 outros Conselhos da Mulher, sendo 19 estaduais e 78 municipais. Em 2002, o Conselho Federal é vinculado a Presidência da República e sua denominação passa a ser Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (MASSULA, 2006).

Apesar das conquistas, no ano de 2004 houve o fechamento de 22 Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres. O Brasil passa, então, a contar com 268 Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (MASSULA, 2006). Em 17 estados brasileiros foram constatados abandono e sucateamento deste serviço. A situação precária de algumas DEAMs é referida por seus representantes como decorrente da falta de investimentos dos estados, da insuficiência de servidores para completar o quadro de trabalho, dos baixos salários que contribuem para o abandono da profissão e consequentemente das delegacias (BRASIL, 2013a).

Em 2006, a Lei Maria da Penha foi implementada (BANDEIRA, 2009, p.421). Enraizada na Convenção de Belém do Pará, ampliou o conceito de violência contra a mulher, apresentou inovações em relação ao Código Penal, afirmava que a violência encontrava-se

arraigada nas desigualdades sexistas, estabeleceu medidas de proteção às mulheres em situação de violência doméstica, obrigava os agressores a comparecerem em programas de recuperação e reinserção social (BRASIL, 2006).

Após um ano da vigência da LMP, em 2007, o território brasileiro já contava com 396 Delegacias Especializadas (SOUZA *et al*., 2014). Em 2012, aumentou para 432. Em 2014, o Rio Grande do Sul possuía 16 Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (ANFLOR, 2014). A referida Lei, além de conferir maior visibilidade para o problema da violência contra as mulheres, também contribuiu para o aumento do número de Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres.

Em 2016, o Brasil contabilizava 461 Delegacias Especializadas difundidas pelo país. Entretanto, algumas dessas delegacias só existem no papel ou porque foram desativadas ou porque não foram inauguradas (BERTHO, 2016).

O Instituo Avon investigou junto a 995 homens qual deveria ser a primeira atitude que a mulher deveria ter frente a uma situação de violência perpetrada pelo marido. Um percentual de 36% dos entrevistados acredita que a primeira coisa a ser feita pela mulher em situação de violência doméstica é conversar com o marido. Outros 23% referem que a mulher deve se separar do agressor. A utilização do aparato policial foi indicada por 28% dos participantes, seja no ato de chamar a polícia ou na procura por uma delegacia da mulher (INSTITUTO AVON, 2013).

Especificamente em relação à procura pela Delegacia da mulher, a maioria dos homens acharam que a mulher em situação de violência doméstica só deve buscar esse tipo de serviço policial em alguns casos de violência física. Para 88% dos respondentes, caso a mulher seja ameaçada com uma arma, ela deve buscar ajuda na delegacia. Um percentual de 77% acreditava que se o marido der um soco na mulher ela deve procurar a polícia. Para 60% dos homens, um tapa já configura um motivo para a denúncia. Entretanto, apenas 48% acreditava que obrigar a mulher a manter relações sexuais é motivo para buscar ajuda na delegacia da mulher. As formas de violência que não deixam marcas visíveis nos corpos femininos foram desqualificadas quanto a necessidade de ir em busca de ajuda na delegacia. Talvez essas modalidades não estejam sendo entendidas e tampouco consideradas como violência (INSTITUTO AVON, 2013).

A Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) do Município do Rio Grande foi implantada em agosto de 2009. Uma pesquisa realizada na referida delegacia revelou que, do início do funcionamento até dezembro de 2011 foram registradas 902

ocorrências. Destas, quase metade referia-se a violência física e 63% das vítimas já tinham sido agredidas anteriormente (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013).

O artigo 3º da LMP explana que a família, a sociedade e o poder público são corresponsáveis pela garantia dos direitos femininos (BRASIL, 2006). No contexto social, destaca-se o papel dos serviços de saúde tanto para diagnóstico e tratamento quanto para estratégias de prevenção.

A inclusão dos serviços de saúde à rede de atendimento às mulheres em situação de violência foi um passo glorioso para o reconhecimento dessa problemática como uma questão de saúde pública. Outro serviço que integra essa rede são as casas-abrigo, cujo objetivo é acolher mulheres em risco após a realização da denúncia policial. Inúmeras mulheres não denunciam a violência sofrida devido à falta de um local seguro para ficar após a denúncia (MASSULA, 2006). As casas abrigo são locais de proteção e acolhimento provisório às mulheres sob grave ameaça e risco de morte. É um serviço público, de caráter sigiloso, de longa duração, onde as mulheres podem ficar por até 180 dias (BRASIL, 2011).

Desde 1990 a Organização Mundial da Saúde reconhece a violência contra a mulher como sendo um grave problema de saúde pública, gerando uma desafiadora agenda para o sistema de saúde, exigindo dos governantes a elaboração de políticas públicas eficientes para o enfrentamento dessa problemática que vitimiza milhares de mulheres a cada ano (ARAÚJO, 2008; SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013).

Entretanto existem alguns fatores que atuam impedindo a elaboração de políticas públicas voltadas para a erradicação da violência, bem como de atenção às mulheres em situação de violência doméstica. Dentre eles, pode-se citar o fato da mulher calar-se frente à violência sofrida. Essa situação mascara os dados acerca da problemática além de deixar impunes os agressores. O episódio fica encoberto pela vergonha, medo e culpa que a mulher apresenta. Vergonha por ter sofrido uma agressão de alguém tão próximo; medo de que a violência se transforme em algo pior; culpa, pois se sentem responsáveis pelo ato violento (MASSULA, 2006; ARAÚJO, 2008).

A Lei nº 9.099 do ano de 1995 instituiu a criação dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais (JECRIMs) para atender os crimes, por ela designados como “de menor poder ofensivo” (BRASIL, 1995; DEBERT; GREGORI, 2008; ARAÚJO, 2008), dentre eles os de violência doméstica contra a mulher (BRASIL, 1995). Esses Juizados tinham uma concentração muito expressiva de casos referentes à violência entre casais, o que configurava um represamento da demanda das delegacias especializadas no atendimento às mulheres para tais juizados. Outro ponto a ser destacado é que se houvesse algum vínculo conjugal entre a

mulher agredida e seu agressor, a chance de absolvição era elevado, conferindo uma maior invisibilidade aos crimes cometidos entre casais (DEBERT, GREGORI, 2008).

De natureza reconciliatória (DEBERT, GREGORI, 2008; BANDEIRA, 2009) e com punições de cunho mais social que punitivo, a intensão da referida Lei era não sobrecarregar o sistema judicial e carcerário, uma vez que eram aplicadas penas não-privativas de liberdade. Essa forma célere de tratar os casos de violência contra as mulheres banalizava tal crime, além de não contribuir para a prevenção, punição e erradicação (MASSULA, 2006; DEBERT, GREGORI, 2008).

Esse caráter conferido à violência, pelos JECRIMs, como sendo um crime de menor gravidade, desagradou os grupos feministas, que continuaram suas lutas (ARAÚJO, 2008; BANDEIRA, 2009) buscando formas legais para criminalizarem os agressores (MASSULA, 2006; ARAÚJO, 2008).

Outro serviço que as mulheres dispõem, coordenado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, é a Casa da Mulher Brasileira, uma inovação com vistas ao atendimento humanizado. Agrega no mesmo lugar os serviços especializados de acolhimento e triagem, apoio psicossocial, delegacia, Juizado, Defensoria Pública, promoção de autonomia econômica, brinquedoteca, alojamento de passagem e central de transportes. Entretanto, esse empreendimento está disponível apenas em Campo Grande/MS e em Brasília/DF (BRASIL, 2015).

As mulheres dispõem, ainda, das unidades de saúde que, muitas vezes, constituem-se como a porta de entrada para as mulheres que sofrem violência doméstica (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2013). A atenção primária em saúde configura-se em um *lócus* imprescindível para o atendimento a esse tipo de problemática (SANTOS *et al.*, 2014). Por esse motivo, o objetivo dos serviços de saúde deve ir além da assistência ao físico, deve buscar a prevenção de novas manifestações violentas (VIVIESCAS-VARGAS *et al*., 2013).

Entretanto, o modelo assistencial atual é centrado na queixa-conduta, restringindo-se a intervenções técnicas e medicalizantes, ficando as reais necessidades de saúde em segundo plano e não ultrapassando as barreiras individuais (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; COSTA; LOPES; SOARES 2014). Essa restrição ao singular pode ser em virtude da construção de gênero presente, também, na vida dos profissionais, que a trazem para o campo de práticas (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

A escassez de políticas públicas articuladas interfere no acesso à justiça. Muitas vezes, a demora na adoção de ações, quer sejam de natureza cível quer sejam de cunho social, leva as mulheres a desistirem de punir seus agressores, levando-as a calarem-se frente à violência

sofrida (MASSULA, 2006). Nesse contexto, torna-se imprescindível trabalhar as questões de exercício de poder com as mulheres para que, a partir do empoderamento, elas possam transformar suas realidades.

3.4 A aparente invisibilidade da violência: a identificação nos serviços de saúde

Dentre as estratégias para auxiliar no enfrentamento da violência doméstica contra a mulher está a capacitação dos profissionais de saúde, em especial os da enfermagem, a fim de que possam estar aptos para identificar as mulheres que sofrem violência. Dessa forma, para realizar um acolhimento efetivo, bem como o encaminhamento adequado delas a outros serviços que se façam necessários (SANTOS *et al*., 2014)

Mulheres que sofrem violência perpetrada por seus parceiros íntimos frequentam com maior assiduidade os serviços de saúde, sendo este fenômeno observado nacional e internacionalmente. A busca das mulheres pelo serviço de saúde é uma situação especialmente importante visto que em tais momentos a vivência de violência pode ser identificada e medidas práticas podem ser instituídas no intuito de ajudá-las (VIEIRA *et al*., 2013).

Embora as diferentes modalidades de violência sejam conceituadas a partir dos danos que causam às mulheres, alguns profissionais desconsideram a violência psicológica como uma forma de violência e também não a consideram como um problema que deve ser atendido pelos serviços de saúde. Para eles, as mulheres não buscam ajuda para queixar-se de que foi agredida psicologicamente (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014). Em um estudo realizado com 51 enfermeiros atuantes em Unidades Distritais Básicas de Saúde do município de Ribeirão Preto/SP, verificou-se que mais de 80% deles acreditava que quando uma mulher é agredida a lesão corporal está presente em quase todos os casos (BARALDI *et al*., 2012).

Muitas mulheres aportam nas Unidades de Saúde em busca de cuidados, com queixas vagas, aparentemente de fundo psicossomático, que por si só não constituem um diagnóstico clínico. Por distintas razões, essas mulheres nem sempre relatam a violência sofrida, impedindo, assim, que o profissional de saúde correlacione as lesões observadas com a violência doméstica. Por vezes, essas mulheres são denominadas como “poliqueixosas”,

devido a diversidade de sinais e sintomas biológicos e psicológicos (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013; VIEIRA *et al*., 2013).

Os enfermeiros quase sempre constituem a linha de frente no enfrentamento da violência, ou seja, são um dos primeiros profissionais que entram em contato com as mulheres em situação de violência doméstica. Nesse sentido, cabe a eles a responsabilidade de detectar os casos, prestar assistência, bem como orientar na busca de soluções (BARALDI *et al*., 2012).

Entretanto, em determinadas situações os profissionais da enfermagem não investigam a violência sofrida, pois possuem incertezas e preocupações acerca dos procedimentos e encaminhamentos que devem ser realizados (VIEIRA *et al*., 2013). Alguns profissionais da enfermagem preferem realizar uma abordagem menos incisiva sobre a violência do que perguntar insistentemente se a paciente vive situações violentas em casa. Todavia, acreditam que não se deve evitar o assunto, mas investigar de forma a contextualizar e explicar para a mulher por quais motivos ela está sendo indagada sobre situações violentas (BARALDI *et al*., 2012).

Em virtude do papel social assumido de cuidadoras dos filhos e do marido, as mulheres frequentam muito mais os serviços de saúde (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013; VALE *et al*., 2013). Nessas oportunidades, a consulta de enfermagem apresenta-se como um instrumento fundamental à detecção dos casos de violência (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013). Esses encontros devem constituir-se em espaços privilegiados de acolhimento, aproximação, escuta para que, possivelmente, as mulheres revelem que estão vivenciando violência conjugal.

Contudo, os profissionais temem que o parceiro descubra que a mulher procurou a unidade de saúde em busca de ajuda para acabar com a violência sofrida e isso desperte uma fúria maior nele, acarretando em agressões mais intensas. Esse temor é extensivo as suas próprias vidas, uma vez que o agressor pode desejar vingar-se do profissional que forneceu determinados conselhos e informações para a mulher (VIEIRA *et al*., 2013). Entre os profissionais da enfermagem o medo de represálias é grande e paralisa o agir profissional (SANTOS *et al*., 2014).

Apesar disso, parece estar claro para alguns profissionais de enfermagem que é parte integrante de sua conduta ética e legal fornecer orientações para as mulheres, bem como notificar os casos de violência. Por vezes, essa situação complexa ocasiona sentimentos de impotência nos profissionais da enfermagem limitando o seu agir (VIEIRA *et al*., 2013).

A notificação compulsória, estabelecida pela Lei nº 10.778/2003, constitui uma comunicação obrigatória e sigilosa, à Vigilância Epidemiológica, de todos os casos de violência contra a mulher, atendidos tanto em serviços públicos quanto privados de saúde, sendo o agressor conhecido ou não. Assim, o profissional que presta atendimento a vítimas de violência praticada no ambiente doméstico, intrafamiliar ou na comunidade precisa, compulsoriamente, notificar através do preenchimento da Ficha de Notificação, elaborada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003b, REICHENHEIM *et al*., 2011, SANTINON; GUALDA; SILVA, 2010).

O profissional que não notifica a violência está sujeito a penalidades legais previstas do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 2003b). Além disso, o artigo 34 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem proíbe os profissionais de omitirem informações sobre qualquer forma de violência. Assim, a subnotificação de qualquer forma de VDCM contraria aos princípios éticos da profissão (COFEN, 2007). Apesar disso, Almeida, Silva e Machado (2013, p.112) denunciam que "a violência não é reconhecida nos diagnósticos nem registrada nos prontuários".

Entretanto, a notificação é frequentemente confundida com a denúncia policial (KIND *et al*., 2013) que representa uma "peça processual que dá início à ação penal pública promovida pelo Ministério Público" (BRASIL, 2011b, p.39), devendo ser diferenciada da notificação, que é apenas usada para fins estatísticos e consequentemente direciona o delineamento de estratégias prevenção e enfrentamento (KIND *et al*., 2013).

Essa confusão de termos demonstra o desconhecimento de ambos e principalmente da notificação, com seu caráter sigiloso, importância estatística e obrigatoriedade. Fica evidente essa miscigenação de expressões, quando os profissionais, por medo de represálias, referem não indagar sobre a possibilidade de vitimização (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; KIND *et al*., 2013; VIEIRA *et al*., 2013b).

Muitos dos profissionais que prestam atendimento a mulheres em situação de violência, dentre eles os da enfermagem, apresentam dificuldades e limitações para lidar com o sofrimento dessas mulheres, preferindo lidarem com doenças cujas intervenções são pré-estabelecidas com abordagens medicalizantes. Dessa forma, esses profissionais preferem encaminhar as mulheres a outros profissionais transferindo também a responsabilidade pela assistência necessária (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013).

Em determinadas ocasiões, ao serem indagadas pelos profissionais de saúde acerca da vivência de violência, as mulheres, muitas vezes, omitirão ou negarão a situação. Essa invisibilidade é apenas aparente, pois os profissionais de saúde, inúmeras vezes, detectam os

casos de violência e estão conscientes do problema (VIEIRA *et al*., 2013). Apesar de estarem cientes que se não investigarem, as mulheres não relatarão abertamente sobre a violência sofrida, alguns profissionais da enfermagem ficam com receio de investigar e depois não ter o que fazer devido à falta de treinamento profissional para o cuidado das mulheres em situações de violência (GOMES *et al*., 2013). Há de se considerar também que, muitas vezes, o sucesso no reconhecimento da VDCM depende da maneira como as perguntas são feitas à mulher, uma vez que a maioria não relata espontaneamente (BARALDI *et al*., 2012).

Essa omissão da mulher ocorre em virtude da vergonha que sentem em expor sua situação. O sentimento de culpa também atua como fator impeditivo ao relato espontâneo de violência (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013; VIEIRA *et al*., 2013). O medo aterroriza suas vidas quer seja medo do marido, de perder os filhos, a casa, a família, ou ainda da estigmatização social (ARAÚJO, 2008; VIEIRA *et al*., 2013). O constrangimento das mulheres em terem sido violentadas por alguém o qual nutrem um sentimento as impede de relatar, aos profissionais, a violência vivida, o que pode configurar-se como uma suposta negligência deles (DUTRA *et al*, 2013).

As ações dos profissionais de saúde que prestam assistência às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo encontram-se arraigadas em valores e dimensões afetivas que podem influenciar a sua prática profissional. O conhecimento acerca das dimensões da violência contra as mulheres, pelo profissional de saúde, é imprescindível para a detecção dos casos, visto que provavelmente serão os primeiros ou únicos profissionais a prestarem cuidados à mulher (VIEIRA *et al*., 2013).

Inúmeras são as dificuldades que os profissionais de saúde apresentam quando atendem casos de violência doméstica contra a mulher, dentre elas se destacam a falta de capacitação referente a temática e a invisibilidade do problema (SALCEDO-BARRIENTOS *et al.*, 2014). Outra dificuldade que os profissionais da enfermagem possuem para tentar romper com o ciclo da violência é o silêncio das mulheres (SANTOS *et al*., 2014). Na maioria dos casos a ocorrência da violência não é relatada ao profissional de saúde (BARALDI *et al*., 2012). Muitas vezes, a mulher levou meses ou até mesmo anos para buscar ajuda no serviço de saúde. Neste momento, ela precisa ser acolhida e apoiada para não desistir de pôr um fim na violência sofrida (MASSULA, 2006). A resistência das mulheres em denunciar seus agressores é um importante fator que atua de forma negativa no enfrentamento da violência (SANTOS *et al*., 2014). Mais uma dificuldade referida por esses profissionais é a abordagem a ser desenvolvida para cada tipo de violência, por exemplo, o enfoque para a violência psicológica (GOMES *et al.*, 2013).

É nítida a necessidade de capacitações dos profissionais da saúde a fim de fornecer subsídios para que possam reconhecer, adotar condutas e gerenciar os casos de violência doméstica (MACHADO *et al*., 2017). Os profissionais da enfermagem reconhecem que não estão capacitados para atender mulheres em situação de violência doméstica. Acreditam que treinamentos que abordassem leis e práticas os auxiliaria a prestar um atendimento de qualidade, focado nas reais necessidades delas, pautados em conhecimentos científicos, capacitados para administrar a situação de forma resolutiva (GOMES *et al*., 2013). É necessário que os profissionais de saúde realizem cursos de capacitação sobre as relações de gênero para que no atendimento às mulheres em situação de violência as desigualdades entre o masculino e o feminino não sejam perpetradas (SANTOS *et al.*, 2014).

Apesar disso, muitos enfermeiros possuem conhecimento acerca do manejo dos casos de VDCM. Eles compreendem que hematomas ou sinais de violência devem ser investigados mesmo que as mulheres não toquem no assunto; que devem marcar retornos em menor intervalo de tempo para aquelas mulheres que são suspeitas de estarem sofrendo violência; e, avaliar os riscos que a mulher sofre de acordo com a violência que está vivenciando. Contudo, a dificuldade em lidar com casos em que há indício de VDCM é notória, uma vez que alguns profissionais acreditam que as medidas a serem tomadas focam na separação do casal. Observa-se que os profissionais possuem melhor conhecimento quando a violência é confirmada do que dos casos suspeitos (BARALDI *et al*., 2012).

Por esta razão, torna-se imprescindível a realização de capacitação desses profissionais que atuam no atendimento às mulheres em situação de violência, uma vez que o treinamento pode contribuir para a formação de profissionais de saúde proativos, além de transformar o cenário tanto da violência quanto do cuidado prestado (VIEIRA *et al.*, 2013).É fundamental que a equipe de saúde esteja motivada e comprometida com o enfrentamento da violência doméstica contra às mulheres (MACHADO *et al*., 2017).

A falta de pessoal capacitado e sensibilizado para realizar o atendimento as mulheres é um fator que prejudica o rompimento do ciclo da violência (MASSULA, 2006). A assistência às mulheres que vivenciam violência pode ser prejudicada pela falta de conhecimento acerca do que fazer ou para onde se deve encaminhá-las (MACHADO *et al*., 2017).

Para que o atendimento ocorra de forma acolhedora é imprescindível que o profissional de saúde esteja despido de (pré)conceitos (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2013) a fim de que não seja perpetuada a visão estereotipada de papéis sociais de homens e mulheres.

No contexto dos serviços de saúde, a abordagem da violência exige atenção integral e humanizada, considerando o contexto e vivências de cada mulher. Por sua vez, o profissional de enfermagem irá atuar como facilitador desse processo, contribuindo não apenas para a visibilidade do problema, mas também para o relato de violência que ainda não foram expressos por elas (PEDROSA; SPINK, 2011).

Compreende-se que o setor de saúde não é o único responsável pela luta no enfrentamento da violência contra as mulheres. Porém, acredita-se no envolvimento institucional a fim de estabelecer conexões em uma rede para combater, e talvez erradicar, o problema (VIEIRA *et al*., 2013).

4 MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

Neste capítulo, apresenta-se o referencial filosófico utilizado na presente tese. Optou-se por fundamentar a tese nos postulados de Michel Foucault, pois para o autor o exercício de poder é algo difuso em todos os micro espaços, não sendo comum a um grupo específico ou gênero, consistindo no agir sobre a ação dos outros sem necessitar de consentimento, renúncia à liberdade ou transferência de direitos. Neste sentido, o exercício de poder é uma forma de influenciar os outros a agirem da forma que se deseja, tendo-se uma intenção final. Ao pensar a violência doméstica contra a mulher sobre o prisma das relações de poder, percebe-se que as formas de subordinação às quais elas são submetidas tratam-se, de forma ampliada, de dispositivos de exercício de poder focados na violência e na contínua condução de condutas. Assim, o homem faz uso de dispositivos de poder para que a mulher possa agir da forma que ele deseja, obedecendo-lhe.

Inicia-se este capítulo realizando uma breve exposição da trajetória intelectual de Michel Foucault e a seguir os conceitos utilizados na presente tese: "A docilização para a utilização: a disciplinarização dos corpos", "Genealogia do poder", "Tecnologias de poder", "Poder pastoral", "Práticas de cuidado de si", e "Parresía".

4.1 Michel Foucault: breve exposição de uma trajetória intelectual

Michel Foucault, filósofo francês e teórico social, conhecido por suas concepções acerca das relações entre poder e saber e como eles eram, e ainda são, utilizados para o controle social. Pensador do século XX, arquitetou um modo radical de pensar, de refletir e contestar a política social (LORENZATTO, 2014). Seus escritos não se restringiam a apenas uma área do conhecimento, relacionavam-se a distintos domínios como Filosofia, História, Psicanálise, Práticas Judiciárias e Ética (CORREA, 2010). Além de escrever livros e artigos para jornais e revistas, o pensador francês também ministrou conferências e entrevistas em diversos países, incluindo o Brasil. Foucault questionava o modo pelo qual certas verdades e seus efeitos foram construídos e se estabelecem ainda no presente, ou seja, procurava dar visibilidade às partes ocultas que formam a realidade cotidiana (LORENZATTO, 2014).

O poder não surgiu como objeto de pesquisa de Foucault, mas permeou seus estudos. Foucault teve como grande obra de sua vida a questão genealógica do sujeito, ou seja, como o ser humano se constitui o sujeito que é, como ocorre essa construção (FOUCAULT, 1995).

Essa preocupação com o sujeito o acompanhou por toda sua trajetória filosófica (CORREA, 2010).

Por sujeito compreende-se aquele indivíduo, fruto de um constructo arraigado em processos de subjetivação, subjugado a uma identidade que reconhece como sua (FOUCAULT, 1995). Para Foucault, a constituição do sujeito ocorre a partir de três eixos: a disciplina, a confissão e o dispositivo da sexualidade (CORREA, 2010). O sujeito, para Foucault, é algo constituído a partir de práticas sociais e dentro de um determinado contexto histórico, sendo um constructo decorrente de todo um processo sócio cultural. É aquele que sujeita alguém ou se sujeita, ou seja, que exerce e sofre ação. Ao sujeitar-se ou ser sujeitado impregna-se em sua identidade, em sua personalidade parte dessa sujeição, sendo, então, um indivíduo capaz de exercer ou passível de sofrer o exercício de poder (FOUCAULT, 1995; CORREA, 2010).

Durante sua vida, Foucault não tentou construir uma teoria do poder e isso o próprio filósofo deixa bem claro em seus estudos. A questão do poder, segundo Foucault, era muito mais ampla do que se podia imaginar. O que ele pretendia era mostrar para todos os indivíduos que eles eram muito mais livres do que pensavam. Ainda, que tudo aquilo que eles aceitam por verdadeiro, por evidente, constituem-se em temas fabricados em um determinado momento da história, mas que é algo que pode ser criticado e destruído (LORENZATTO, 2014).

Sua trajetória literária e filosófica se desenvolveu entre os anos de 1961 a 1984, iniciando com a publicação de sua primeira grande obra, em 1961, intitulada A história da loucura (DIAS, 2015). Suas investigações dividem-se em três etapas: arqueologia, genealogia e ética ou constituição do sujeito (CORREA, 2010; DIAS, 2015).

A primeira etapa relaciona-se com uma arqueologia das ciências humanas, ou seja, o "*Arché*", o surgimento dos objetos do conhecimento (CORREA, 2010), uma fase de investigação histórica. A preocupação central era verificar como ocorreu a constituição dos saberes, como os discursos eram formadores de saberes, como eram constituídos os discursos científicos produtores de saber, quais eram as suas estruturas. Foucault buscava compreender o discurso, enquanto jogo de regras, pautado em um pensamento característico de um determinado momento histórico (DIAS, 2015).

Era uma preocupação de Foucault o contexto social, as circunstâncias históricas nas quais o discurso foi gerado, uma vez que essas práticas discursivas constituem-se em produções sócio históricas que nos permitem compreender aquilo que nos cerca. Uma prática

discursiva só tem sentido em um tempo e espaço específicos, ou seja, são espaço-temporais (DIAS, 2015).

Esse período, da arqueologia do saber, é marcado pela publicação das obras da década de 1960 iniciando com "A história da loucura" (1961). Dois anos mais tarde publicou sua segunda obra intitulada "O nascimento da clínica" (1963) e posteriormente "As palavras e as coisas" (1966) e "A arqueologia do saber" (1969) (DIAS, 2015).

Na segunda fase, a Genealogia, Foucault volta-se para a genealogia do poder. A transição entre a fase arqueológica para a fase genealógica ocorre de maneira articulada, uma vez que o método genealógico de investigação busca ampliar as análises e reflexões de Foucault desenvolvidas na fase anterior acrescidas de novos elementos. Essa ampliação permite desvelar as conexões existentes entre a produção de saberes, tidos como verdades, e o exercício de poder, ou seja, a articulação entre saber e poder. A validade dos saberes produzidos por discursos científicos é permeada por um conjunto de regras que os reconhecerão como verdadeiros ou que os desqualificarão (DIAS, 2015).

Para Foucault uma verdade é formada por um conjunto de regras historicamente estabelecidas que distinguem o que é verdadeiro e o que é falso e os efeitos de poder atribuídos ao verdadeiro. A verdade, constituída por regras modificáveis, apresenta-se como um elo que conecta saber e poder (DIAS, 2015). Esses jogos de verdade constituem o sujeito (FOUCAULT, 2008). Nessa etapa o filósofo procura interpretar os saberes como uma ferramenta de poder (DIAS, 2015). É impossível a manifestação do poder sem o saber e vice versa. O exercício de poder exige um saber acerca do objeto que se irá exercer o poder. O saber, por sua vez, origina efeitos de poder (FOUCAULT, 2008).

Foucault denomina de micro poderes, ou poderes periféricos, os vários poderes existentes e disseminados por todo corpo social (FOUCAULT, 1984). A "analítica do poder" caracteriza as investigações que o autor realizou acerca desse "micro poder", ou seja, dessa trama de minúsculos poderes que constituem a sociedade e asseguram a permanência do *status* de dominante a determinadas classes sociais (FOUCAULT, 1984; DIAS, 2015).

É nítida a ampliação da fase da Arqueologia para a fase da Genealogia, pois na primeira o poder, articulado ao saber, era considerado um objeto de estudo enquanto que na segunda ele passa a ser considerado como ferramenta de poder. O poder é, então, *sine qua non* desse momento da trajetória (DIAS, 2015).

A arqueologia, então, pode ser traduzida como a fase de investigação e explicação acerca dos discursos produzidos e aceitos como verdadeiros em um dado momento histórico.

A Genealogia ocupa-se, então, de refletir como esses discursos são legitimados por uma determinada sociedade e as relações de poderes implicadas nessa validação (DIAS, 2015).

É nesse período que Foucault insere a terminologia "dispositivo estratégico" que consiste em uma estratégia, em um conjunto de elementos heterogêneos utilizados para o exercício do poder (DIAS, 2015). Na década de 1970, Foucault publicou duas obras: Vigiar e punir (1975) e História da sexualidade volume I – A vontade de saber (1976) (DIAS, 2015).

Por último, a fase denominada Ética (pre)ocupa-se com o entendimento da construção do sujeito enquanto sujeito, a constituição do sujeito enquanto mestre de si (CORREA, 2010). Nesse momento, o foco de Foucault volta-se para a análise dos diferentes modos pelos quais os seres humanos tornam-se sujeitos (FOUCAULT, 1995). Esse período se caracteriza por investigações éticas que objetivavam analisar a formação ética do sujeito a partir do cuidado de si. Para tal, Foucault buscou as respostas na Antiguidade Greco-Romana. Seu foco era voltado para as práticas de si, sobre a conduta dos indivíduos (FOUCAULT, 1995). Por ética, no pensamento foucaultiano, compreende-se o cuidado do indivíduo consigo mesmo que engloba as técnicas e exercícios empregados para promover esse cuidado (DIAS, 2015).

O cuidado de si pode ser compreendido como o ocupar-se consigo mesmo, o cultivo de si, ou seja, o sujeito realiza práticas de cuidado consigo mesmo, com seu corpo, sua mente, seu espírito, seus desejos (FOUCAULT, 2006a). A preocupação de Foucault era compreender como seria possível governar-se a si próprio (FOUCAULT, 1995).

Caracterizam esse período as obras da década de 1980: História da sexualidade volumes II e III – O uso dos prazeres e O cuidado de si, ambas de 1984, e publicações posteriores de seus cursos ministrados no Collège de France (DIAS, 2015).

Em suma, cada uma das três fases de investigações que constituem a trajetória filosófica de Foucault apresentavam objetos de estudos distintos. No primeiro período o foco era a "verdade" e como os saberes eram produzidos. No segundo, a articulação dos saberes produzidos e as "relações de poder". E, no terceiro a "constituição do sujeito ético". Contudo, o ponto de interseção entre todas as fases é o homem (FONSECA, 2012; DIAS, 2015).

Considerando o homem como o cerne de suas investigações, no primeiro momento Foucault defende a ideia de que o homem relaciona-se com o saber. No segundo, que o poder é intrínseco ao homem. E, no terceiro que o homem encontra-se relacionado consigo mesmo. Sua trajetória é em torno das relações do homem com o saber (fase arqueológica), com o poder (fase genealógica) e consigo mesmo (fase ética) (DIAS, 2015).

O quadro a seguir mostra uma breve síntese da trajetória filosófica de Foucault.

Quadro 1: breve síntese da trajetória filosófica de Foucault.

Trajetória filosófica de Foucault		
1ª Fase	**2ª Fase**	**3ª Fase**
Arqueologia	Genealogia	Ética
Problematiza a relação do homem com o saber	Problematiza a relação do homem com o poder	Problematiza a relação do homem consigo mesmo
Obras: * A história da loucura (1961) * O nascimento da clínica (1963) * As palavras e as coisas (1966) * A arqueologia do saber (1969)	Obras: * Vigiar e punir (1975) * História da sexualidade volume I (1976)	Obras: * História da sexualidade volumes II e III (1984) * Publicações posteriores de cursos ministrados no Collège de France

4.2 A docilização para a utilização: a disciplinarização dos corpos

Foucault utiliza o termo “disciplina” de duas formas: uma relacionada ao saber e a outra ao poder. No que concerne ao saber, a disciplina é utilizada como uma forma de controle da produção de novos discursos. Em relação ao poder, a disciplina consiste em um conjunto de técnicas cujo objetivo é a singularização dos indivíduos (FOUCAULT, 1987).

O poder disciplinar, ou disciplina, tem por finalidade a disciplinarização dos corpos para o controle da produção de novos saberes. Objetiva produzir corpos dóceis e úteis para que funcionem da forma que se deseja, porém não se trata de corpos que façam o que eles próprios desejam. Trata-se de tornar os corpos mais produtivos (FOUCAULT, 1987). No que concerne a violência doméstica contra a mulher, pode-se inferir que a disciplina começa desde o momento do nascimento ou talvez até antes. É ensinada e aprendida, de forma “natural”,

fazendo com que meninos e meninas incorporem as diferenças sexuais dos papéis sociais (BOURDIEU, 2014).

Ao longo do processo sócio histórico, distintas formas de disciplinarização foram desenvolvidas, bem como as penalizações para punir o indivíduo que apresentasse comportamento distinto daquele considerado correto socialmente. Nos primórdios da história da humanidade o poder disciplinador era conferido ao rei que detinha poder absoluto sobre o corpo do súdito. Como punição era imputado castigos e suplícios ao transgressor. Uma visível manifestação do poder de uns sobre os corpos dos outros (CORREA, 2010).

Esse mecanismo de poder utilizava ainda um elemento imprescindível para a sua manutenção que era o púbico, ou seja, enquanto o "criminoso" pagava sua penalização, uma plateia o assistia suplicando por perdão e emitindo gritos de dor. Esses expectadores poderiam ser pessoas recrutadas para este fim ou ainda curiosos que eram atraídos por tal demonstração de poder disciplinador (CORREA, 2010).

Aproximando da violência, distintas são as manifestações que marcam o corpo físico, a mente e a vida de milhares de mulheres, anualmente. Como um castigo por desobedecerem ou desagradarem seus companheiros, a violência está imbricada no cotidiano feminino pelo simples fato de serem mulheres. Muitos homens adotam a violência como uma forma de corrigir o comportamento por eles considerado incorreto (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; COSTA; LOPES; SOARES, 2014; GIRALDO; BALLÉN, 2014; ONU, 2017). O direito da mulher de decidir e fazer escolhas é compreendido como um comportamento errôneo que deve ser penalizado (GIRALDO; BALLÉN, 2014).

Aos poucos, em virtude de sua tirania, o poder disciplinador do rei enfraqueceu-se e foi transferido, de forma fragmentada, a outros seguimentos da sociedade e com o passar do tempo surgiu uma nova forma de punição abrangente: o aprisionamento. Esta modalidade de punição não exigia proporcionalidade entre crime e castigo. Essa materialização do exercício do poder utiliza uma arquitetura fechada que isolava e separava dois mundos distintos, o dentro e o fora. Na prisão, desenvolveram-se relações de poder e de disciplina que mais tarde foram aplicados em outras instituições como hospitais, escolas, exército, dentre outras (CORREA, 2010).

De forma semelhante, as mulheres são submetidas ao enclausuramento em seus lares. Sob a forma disfarçada de zelo ou mesmo de manter o *status* de mulher casada, elas acabam sendo confinadas ao ambiente doméstico. Essa violência psicológica pode não ser percebida como uma agressão, mas é altamente destruidora. Dentre as distintas manifestações que ela assume estão: o isolamento de amigos e familiares; a privação da liberdade, impedindo a

mulher de trabalhar, estudar, cuidar da aparência pessoal; o confinamento doméstico; etc. (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006; GONZÁLES; BEJARANO, 2014).

A disciplina utiliza-se de dispositivos de controle dos corpos no intuito de torná-los mais produtivos (CORREA, 2010). É uma mecanização do corpo, ou seja, o corpo individual ou social é um objeto produzido a partir de mecanismos disciplinares de dominação. Foucault afirma a existência de práticas que, arraigadas nas relações de poder social, encontram-se orientadas à disciplinarização dos corpos (FOUCAULT, 1987). A maioria dos casos de violência viril encontra-se fortemente relacionada com o fato de o agressor crer que a mulher não apresenta o padrão de comportamento por ele considerado ideal (BANDEIRA, 2009; IPEA, 2014, ONU 2017).

A relação existente entre saber e poder produz discursos científicos específicos, baseados em determinados critérios de verdade e amparados por relações de poder, que ditam comportamentos considerados aceitáveis socialmente e controlam aqueles considerados desviantes do que é aceito. Citam-se como exemplos dessa construção sócio histórica disciplinar o caso dos loucos isolados em manicômios e dos presidiários confinados nas prisões (DIAS, 2015; FOUCAULT, 1987).

A relação de poder que acarreta na disciplinarização dos corpos, adestra o indivíduo adequando-o aos princípios que regem a sociedade em que vive, transformando-o em um corpo dócil que aceita sem contestar as normas e regras estabelecidas socialmente (FOUCAULT, 1987). Trata-se de controlar os corpos a fim de viabilizar ao máximo sua utilização e aperfeiçoamento gradual e contínuo de suas habilidades. Concomitante a essa potencialização de capacidades e produção de utilidades do corpo, desenvolve-se um sujeito incapaz de resistência, de luta, de revolta, ou seja, gera-se um sujeito dócil. Em síntese, esse controle impede o desenvolvimento de comportamentos desviantes e a desobediência, tornando as pessoas economicamente mais produtivas (MACHADO, 2009).

Como uma triste consequência do modelo de sociedade patriarcal e machista, o Código Civil Brasileiro, criado em 1916, legitimava a subordinação feminina. Dentre os poderes conferidos ao homem sobre a mulher estava a autorização (ou não) para que ela pudesse trabalhar, ou seja, uma mulher casada só poderia trabalhar com a autorização do seu marido. Além disso, conferia ao homem o *status* de representante legal da família, cabendo somente a ele a administração de todos os bens, incluindo os da mulher (BRASIL, 2003a). Posteriormente alterações foram feitas e as mulheres passaram a terem mais direitos (NARVAZ; KOLLER, 2006). Entretanto a sombra desse código parece permear os relacionamentos conjugais de muitos casais ainda na atualidade.

Percebe-se que essa disciplinarização é espaço-temporal, ou seja, são arquitetadas e desenvolvidas em uma dada sociedade, em um determinado tempo. Esses aparelhos pelos quais o poder é exercido, através de técnicas disciplinares, consistem em tecnologias de sujeição, ou seja, de constituição do sujeito (CORREA, 2010). Apesar do grande percentual de famílias lideradas por mulheres, uma parcela significativa da população brasileira pondera que o homem deve ser o "cabeça" da família denunciando uma visão de uma sociedade ainda machista (IPEA, 2014; OMS, 2010). Parece que o papel social feminino ainda encontra-se entranhado na subjetividade das pessoas.

Em sociedades onde o patriarcado é marcante são comuns os espancamentos pelos maridos. Normas enraizadas na distinção de papéis sociais, a cultura local e questões religiosas contribuem não somente para a perpetuação da violência, mas também para outras iniquidades contra as mulheres, como, por exemplo, redução das oportunidades de trabalho, emprego, estudos, saúde, participação social, dentre outros (OMS, 2010; OPS, 2002).

A partir da disciplina é que se desenvolve o controle dos corpos bem como as atividades exercidas por eles (FOUCAULT, 1987). Entretanto, a disciplina não é uma forma de dominação que restringe, pelo contrário, ela o conduz a uma tal obediência que o sujeito age como se fosse por iniciativa própria. As técnicas disciplinares não se apropriam dos corpos, mas sim de tudo aquilo que o sujeito produz: conhecimento, saberes, sentimentos, etc., incidindo sobre a constituição do sujeito, moldando seus hábitos (CORREA, 2010).

No imaginário masculino, a insubordinação feminina rompe com os padrões sociais da supremacia masculina. Muitos homens sentem-se possuidores das mulheres, acreditando ter controle sobre a vida e a morte de suas companheiras (BANDEIRA, 2009; IPEA, 2014).

A permanência na relação conflituosa muitas vezes ocorre porque as mulheres se julgam culpadas pela situação. Acreditam terem cometido algum erro ou desobediência que tenha causado a fúria do companheiro (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; HESLER *et al*, 2013). É como se a violência de gênero fosse constitutiva das relações conjugais e socialmente aceitável (COSTA; LOPES; SOARES, 2014). Parece que, quando iniciam uma relação conjugal, as mulheres entregam corpo, alma e a identidade aos companheiros, perdem sua autonomia e o direito de decidir (HESLER *et al*., 2013).

Ressalta-se que a disciplina não controla o resultado da ação, mas o seu desenvolvimento. Para que o objetivo final seja alcançado, a disciplina exige a observação constante, ou vigilância, dos procedimentos envolvidos (FOUCAULT, 1987). Sob a ótica da violência, por vezes a mulher deixa de fazer escolhas, ter gostos e opiniões por medo do companheiro. Quando o pensamento feminino e suas percepções encontram-se em

conformidade com os ideais de uma sociedade machista, patriarcal, seus atos são, inevitavelmente, atos de submissão (BOURDIEU, 2014).

Essa técnica de vigilância não apresenta um lugar específico onde se desenvolve, mas está presente em todos os lugares e dispensa a observação constante de um superior. A consciência de visibilidade que ela desenvolve em cada sujeito e em todos ao mesmo tempo, garante que mesmo na ausência de um observador, os efeitos da vigilância constante permanecem, ou seja, os sujeitos que estão sob constante vigia tem a sensação de que estão sendo observados o tempo todo e a qualquer momento pelo "poder que vigia" (CORREA, 2010).

O exercício desse poder disciplinador molda os indivíduos e transforma-os de acordo com os interesses sociais. A fim de ilustrar essa técnica de vigilância constante, cita-se como instituição que a exerce o hospital. Os sujeitos cujas vidas estão associadas à instituição hospitalar, quer sejam trabalhadores, pacientes ou familiares, encontram-se sob influências do poder (DIAS, 2015). Um paciente que se encontra ocupando um leito hospitalar sabe que se encontra sob vigilância (cuidados) da equipe de saúde, mesmo que nenhum profissional esteja no espaço de seu leito.

Muitos homens consideram suas companheiras como sendo sua "propriedade" e por isso buscam controla-las, discipliná-las através da vigilância. Eles tentam disciplinar, adestrar suas mulheres a fim de que elas ajam de acordo com o que eles julgam ser o comportamento correto, produtivo, dentro do lar voltado para afazeres domésticos (COSTA; SILVEIRA; MADEIRA, 2012; ONU 2017). Em contrapartida, algumas mulheres não se percebem mergulhadas em situações de violência e desrespeito (VALE *et al*., 2013). Elas acreditam estar vivenciando algo normal, constituinte das relações entre marido e mulher (COSTA; LOPES; SOARES, 2014).

Pode-se citar como um exemplo clássico do "poder que vigia" a violência psicológica. Nela os homens fazem uso de palavras ou frases desqualificadoras para desprezá-las. Esses desqualificativos apresentam efeito controlador e manipulador sobre as mulheres. Nessa modalidade a mulher mantém-se subjugada e conectada psiquicamente com seu agressor frente ao medo de episódios de violência física (GIRALDO; BALLÉN, 2014).

Para os sujeitos cujas condutas não se encontram dentro dos parâmetros sociais estabelecidos e considerados ideais existem punições. Pode-se citar a sanção normalizadora, que compreende um conjunto de procedimentos punitivos ligados diretamente as falhas geradas pelos sujeitos tais como atrasos, desatenções, falta de zelo com materiais e equipamentos, atos que estejam em desacordo com a instituição que o vigia, dentre outras. A

finalidade dessa técnica é adequar a conduta do desviante objetivando a produção de sujeitos que correspondam as expectativas da sociedade e não um indivíduo singularizado, pensante (CORREA, 2010).

Quando a mulher decide pôr um fim na relação conjugal, o homem-agressor a vê como desobediente, que deseja acabar com a ordem familiar. É neste momento que a violência pode tomar proporções maiores e mais severas. É uma maneira que o agressor encontra de castigar a mulher que está apresentando um padrão de comportamento distinto daquele que ele considera ideal (BANDEIRA, 2009; IPEA, 2014).

O ponto extremo da violência é quando o homem, por achar que tem o total controle da vida de sua companheira, põe um fim na vida dela. O feminicídio consiste em qualquer ato ou conduta embasada nas relações desiguais de poder, que culmine com a morte de mulheres (MENEGHEL *et al*., 2013). Entre os anos de 2000 e 2010, o Brasil contabilizou 43,7 mil feminicídios, uma média de 5.000 mortes por ano (FRANCO, 2013; IPEA, 2014). Alguns dos argumentos utilizados pelos agressores para justificar os assassinatos são: amor à mulher, excesso de zelo, ciúmes, defesa da honra, não aceitar o fim do relacionamento, crença de que ela era sua propriedade e assim poderia fazer o que quisesse com a mulher, etc. (VIVIESCAS-VARGAS *et al*., 2013; MENEGHEL *et al*., 2013).

4.3 Genealogia do poder

Existem dois significados para a palavra “sujeito”. Segundo Foucault, o primeiro o conceitua como sendo “sujeito a alguém pelo controle e dependência” e, o segundo, caracteriza o sujeito como sendo alguém “preso à sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento”. Apesar de apresentarem distintas caracterizações, “ambos sugerem uma forma de poder que subjuga e torna sujeito a.” (FOUCAULT, 1995, p.235).

Para Foucault, uma das maneiras de subjetivação do sujeito, ou seja, uma das maneiras pela qual o ser humano se torna sujeito ocorre a partir das práticas divisoras. “O sujeito é dividido no seu interior e em relação aos outros” (FOUCAULT, 1995, p.231). Essa prática segrega os sujeitos em lados opostos, a partir daquilo que socialmente é aceito como “correto” e “errado”, por exemplo, o louco e o são.

Um clássico exemplo dessa segregação é a construção social dos papéis de gênero que designam o que são incumbências masculinas e o que são afazeres femininos. Isso ocorre em virtude da visão, ainda vigente, de uma família patriarcal, baseada no poder masculino, que

confere ao homem o título de chefe da família, com direitos sobre a companheira (IPEA, 2014).

As práticas divisoras são dispositivos de poder, tecnologias que fragmentaram os sujeitos em grupos opostos, com o intuito de torná-los mais dóceis e produtivos, quanto mais o sujeito trabalhar e menos se queixar, melhor. Com impacto na personalidade do sujeito, essas tecnologias sujeitam as personalidades dos indivíduos (FOUCAULT, 1995). A condição de subalternidade feminina, também considerada como "destino de gênero", acaba por naturalizar e normalizar os eventos violentos (COSTA; LOPES; SOARES, 2014).

Um dispositivo consiste em um conjunto de elementos heterogêneos articulados, elaborado a partir de um objetivo estratégico. Esses elementos podem ser substituídos, excluídos, rearticulados à medida que vão apresentando resultados positivos ou negativos referentes ao fim que se deseja alcançar. O dispositivo constitui uma estratégia, uma intervenção racional, ou seja, "trata-se no caso de uma certa manipulação das relações de força [...], seja para desenvolvê-las em determinada direção, seja para bloqueá-las, para estabilizá-las, utilizá-las, etc." (FOUCAULT, 2008b, p.246).

Uma das etapas que compõe o ciclo da violência é a "fase da lua-de-mel". Neste momento, após ter violentado fisicamente sua parceira, o agressor se arrepende, sente remorso e teme pelo término do relacionamento, faz promessas de uma vida sem agressão, implora perdão, presenteia a mulher e lhe faz juras de amor. Ela volta a enxergar nele o seu companheiro, o homem pelo qual um dia se apaixonou (BRASIL, 2005). O agressor sabe que como essa etapa é parte de um ciclo e que muito provavelmente a mulher o perdoará, ele usa de artimanhas para convencê-la de que tudo mudará. Uma triste manipulação.

Conforme Foucault aos se tentar construir uma teoria do poder, é necessário sempre descrevê-lo como algo que emerge em um dado lugar e num tempo determinado, e daí deduzir e reconstruir sua origem (RABINOW; DREYFUS, 1995). Nesse sentido, infere-se que conceituar o poder em um enunciado fechado é correr o risco de delimitá-lo de tal forma a desconsiderar que em distintos microespaços o poder apresenta dispositivos diferentes que o levam a se manifestar de formas ímpares.

É necessário realizar uma breve distinção entre o poder que se exerce sobre as coisas, ou seja, a capacidade de modificá-las ou utilizá-las, de um outro poder que envolve relações entre indivíduos (FOUCAULT, 1995). A teoria jurídica clássica considera o poder como sendo um direito do qual o sujeito seria possuidor. Semelhante a um bem, o poder poderia, então, ser transferido a outro sujeito, de forma total ou parcial (FOUCAULT, 1976). Já a concepção marxista do poder considera sua funcionalidade econômica, ou seja, o papel do

poder na manutenção das relações de produção, nos procedimentos de troca, na circulação dos bens produzidos (FOUCAULT, 1976).

No entanto, para Foucault, "o poder não se dá, não se troca nem se retoma, mas se exerce, só existe em ação". Afirma ainda que o poder é, acima de tudo, "ativação e desdobramento de uma relação de forças" (FOUCAULT, 1976, p.99). O poder consiste em relações de forças, presentes e disseminados por todo corpo social, que disputam entre si para alcançar seu objetivo final (FOUCAULT, 1976).

O poder não representa algo que se possui ou não, tampouco existe fisicamente em um *lócus* específico do corpo social. Não é um bem material pertencente a alguém. É um constructo sócio histórico que só se exerce e só existe em ação. O que existe são relações de poder. Exercer o poder significa agir sobre a ação dos outros sem necessitar de consentimento, sem renunciar à liberdade ou transferir direitos. É uma forma de influenciar os outros a agirem da forma que se deseja, tendo-se uma intenção final (FOUCAULT, 2006b).

Ninguém se encontra fora dessas redes de exercícios de poder. Todos estão exercendo ou sofrendo, de alguma forma, um determinado tipo de poder (DIAS, 2015). O poder funciona em uma cadeia contínua onde os indivíduos são passíveis de exercitar o poder e de sofrer seus efeitos (FOUCAULT, 2008).

Constituinte de todas as relações sociais, o poder encontra-se, também, nas relações conjugais. Por vezes o exercício do poder é majoritariamente exercido pelo homem. Essa situação pode ser em virtude do constructo social de papéis de gênero de uma sociedade patriarcal e machista. Os atributos de gênero valorizam o homem em relação à mulher, estabelecendo assimetrias de poder dentro das relações (ANFLOR, 2014; COSTA; LOPES; SOARES, 2014; GIRALDO; BALLÉN, 2014).

Para Foucault o poder, em sua essência, é repressivo, ou seja, oprime os indivíduos (FOUCAULT, 1976). O poder não é um só e as relações de poder se apresentam de forma desigual e são móveis (RABINOW; DREYFUS, 1995). Não é algo que apresente características definidas, encerradas. Tampouco é "uma mercadoria, uma posição, uma recompensa ou uma trama." (RABINOW; DREYFUS, 1995, p.203).

Foucault esclarece que o poder é como denominamos uma situação estratégia complexa. A maneira pela qual os rituais de poder se desenvolvem é que irão, então, estabelecer a desigualdade nas relações, tornando-as assimétricas (RABINOW; DREYFUS, 1995).

A distinção social dos papéis femininos e masculinos acarreta em desequilíbrios na distribuição de poder dentro das relações conjugais. Consequentemente, essa situação acaba

conferindo aos homens o papel de dominador e às mulheres de dominadas. Além disso, enraíza na consciência feminina essa segregação social baseada em diferenças biológicas, ocasionando a submissão delas (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; COSTA; LOPES; SOARES, 2014; GIRALDO; BALLÉN, 2014; GONZÁLES; BEJARANO, 2014).

As relações de poder encontram-se espalhadas por todo campo social, presentes em quase a totalidade das relações humanas, quer sejam elas relações amorosas, institucionais ou econômicas, a fim de dirigir a conduta do outro. Conforme Foucault esclarece, "[...] nas relações humanas há todo um conjunto de relações de poder que podem ser exercidas entre indivíduos, no seio de uma família, em uma relação pedagógica [...]" (FOUCAULT, 1984, p.266).

Essas relações não possuem natureza estática, elas são modificáveis, instáveis e reversíveis. Para que haja essa relação, é imprescindível que os sujeitos envolvidos sejam livres, com possibilidade de resistência, de luta. Pode-se dizer que a liberdade constitui um pré-requisito para que se desenvolvam as relações de poder. É impossível atribuir ao poder a qualificação de sistema de dominação, que tudo controla, que não deixa espaço para a liberdade (FOUCAULT, 1984).

> Mesmo quando a relação de poder é completamente desequilibrada, quando verdadeiramente se pode dizer que um tem todo poder sobre o outro, um poder só pode se exercer sobre o outro à medida que ainda reste a esse último a possibilidade de se matar, de pular pela janela ou de matar o outro. (FOUCAULT, 1984. p.277)

A análise do poder nas relações exige que sejam analisadas as estratégias de resistência desenvolvidas contra as diferentes formas de poder, os dispositivos, as estratégias empregadas pelo opressor e quais as que são utilizadas pelo oprimido no exercício do poder na relação entre ambos (FOUCAULT, 1995).

O antagonismo dessa estratégia, de quem exerce o poder e de quem sofre a ação deste, é o meio que possibilitará o desvelamento de práticas mais efetivas de resistência que poderão proporcionar o desenvolvimento de uma normalidade nas relações. Observar essa normalidade em sua antítese, em seu antagonismo, nesse caso, no desequilíbrio do exercício de poder nas relações, pode possibilitar a visualização do problema, ou seja, do dispositivo que está sendo utilizado para a manutenção do desequilíbrio dessa relação de forças, do desequilíbrio do poder na relação.

Existem três tipos de lutas contra distintas formas de poder, contra a sujeição e contra a imposição de verdades construídas sócio historicamente: a primeira, contra as formas de

exploração; a segunda contra as formas de submissão e, a terceira, contra as formas de dominação. São formas de poder que transformam os indivíduos em sujeitos. Em todo campo social, onde há poder há resistência (FOUCAULT, 1995).

Essa forma de análise, a partir das estratégias, das formas de resistências, "consiste em usar esta resistência como um catalisador químico de modo a esclarecer as relações de poder, localizar sua posição, descobrir seu ponto de aplicação e os métodos utilizados.". Essas lutas constituem a recusa a um determinado tipo de individualidade, de subjetividade, que fora imposto aos seres humanos, há séculos, tornando-os sujeitos. Não são lutas contra a "pessoa", mas contra o governo da individualização da pessoa, do controle daquilo que ela pensa, do que ela faz, da maneira como ela age. São lutas contra a individualização, contra a incapacitação do indivíduo ser quem ele realmente é, contra a sujeição (FOUCAULT, 1995, p.234).

Nunca se irá dizer que uma pessoa possui o poder. O que ela possui é a capacidade de exercer o poder. Nas relações de poder existe um sujeito que ocupa o papel de opressor e o outro de oprimido. Entretanto, o oprimido possui a possibilidade de se tornar opressor. O opressor vai querer manter seu *status*, manter a situação da maneira como está. As relações de poder são sempre intencionais, ou seja, há uma intenção por trás do exercício do poder. "Não há poder que se exerça sem uma série de fins e objetivos" (RABINOW; DREYFUS, 1995, p.205). Alguns dos objetivos daqueles que exercem o poder consistem em manter privilégios adquiridos, conservar a autoridade e o exercício de uma determinada função (FOUCAULT, 2006a).

Segundo Foucault, o que se consegue avaliar são as questões microfísicas do poder, isso porque é possível fazer uma leitura de como funcionam os mecanismos de exercício de poder em micro espaços, em contextos diferentes. Ou seja, ao analisar o que se consegue é identificar a maneira pela qual o poder opera (FOUCAULT, 1995). Por exemplo, em relação à enfermagem no micro espaço do hospital, e quanto ao contexto da violência contra a mulher, no micro espaço do lar.

Em diferentes microespaços existem distintos mecanismos de exercício de poder. A compreensão do poder em seu funcionamento diário exige uma análise das micro práticas que constituem o *lócus* onde as práticas se formam (FOUCAULT, 1995). O exercício de poder pode limitar ou ampliar o modo de agir do outro, consistindo em um conjunto de ações sobre ações possíveis (FOUCAULT, 2006b).

Por exemplo, embora a violência ocorra em micro espaços domésticos que apresentam muitas coisas em comum, existe toda uma dinâmica de exercício de poder. Apesar de a

violência ser fortemente influenciada por determinantes sócio culturais e possuir um ciclo estabelecido, são características pertencentes ao micro espaço lar que determinarão sua ocorrência ou não. A forma com que o poder é exercido dentro de cada umas relações conjugais é caracterizado por nuances pertencentes a esses micros espaços.

O exercício do poder constitui a condução de condutas. Em outros termos, o poder consiste em dirigir, moldar, delinear, delimitar, governar a conduta do "outro" conforme o julgamento do opressor (FOUCAULT, 1995). Entenda-se, aqui, governar como significando "estruturar o eventual campo de ação dos outros." (FOUCAULT, 1995, p.244).

Aquele que faz uso do exercício do poder busca coordenar o outro, manter a ordem. Quando o sujeito opressor atinge o seu objetivo, o poder, então, assume um papel produtivo (RABINOW; DREYFUS, 1995). Ele produziu um estado sobre o oprimido, quer seja uma mudança de comportamento ou uma situação de repressão. Em complementariedade, "o poder é uma matriz geral de relações de força, num tempo dado, numa sociedade dada." (RABINOW; DREYFUS, 1995, p.204). Muitas vezes a violência é empregada como uma forma de manter a subordinação feminina nas relações matrimoniais (HESLER *et al*., 2013).

Para Foucault "O exercício do poder não é simplesmente uma relação entre 'parceiros' individuais ou coletivos; é um modo de ação de alguns sobre outros.". O autor expõe ainda que, "[...] o poder não é da ordem do consentimento; ele não é, em si mesmo, renúncia a uma liberdade, transferência de direito, poder de todos e de cada um delegado a algum [...]". (FOUCAULT, 1995, p.243). No Discurso de Foucault, o poder:

> Ele é um conjunto de ações sobre ações possíveis; ele opera sobre o campo de possibilidade onde se inscreve o comportamento dos sujeitos ativos; ele incita, induz, desvia, facilita ou torna mais difícil, amplia ou limita, torna mais ou menos provável; no limite, ele coage ou impede absolutamente, mas é sempre uma maneira de agir sobre um ou vários sujeitos ativos, e o quanto eles agem ou são suscetíveis de agir. Uma ação sobre ações. (FOUCAULT, 1995, p.243).

Para que se desenvolva uma relação de poder existem dois elementos que são imprescindíveis. O primeiro diz respeito ao "outro", ao indivíduo sobre o qual se exercerá o poder. Ele deve ser "reconhecido e mantido até o fim como o sujeito de ação [...]", sobre o qual se age. O segundo elemento relaciona-se ao campo de possibilidades que esse "outro" desfruta. "Um campo de respostas, reações, efeitos, invenções possíveis." (FOUCAULT, 1995, p.243).

Ao considerar a violência exercida pelos homens, o "outro" seria a mulher e o "campo de possibilidades" corresponde a toda uma rede social que ela pode acessar para romper com

a situação violenta vivenciada. Essa rede é constituída por distintos elementos que podem atuar também como "dispositivos estratégicos" configurando, assim, uma estratégia para o exercício do poder (DIAS, 2015).

Ressalta-se que, para que o poder se caracterize como o "governo" de uns sobre os outros, como uma condução de condutas, é imprescindível que se tenha um elemento muito importante: a liberdade. Ela se apresenta como uma precondição para a existência do poder. Não há poder se não houver liberdade para reagir, para recusar essa imposição de poder (FOUCAULT, 1995). Uma relação de forças, de poder só se mantem, se acentua, se estabiliza se houver uma estratégia, uma manobra (FOUCAULT, 1985). "São indivíduos livres que tentam controlar, determinar, delimitar a liberdade dos outros e, para fazê-lo, dispõem de certos instrumentos para governar os outros." (FOUCAULT, 1984, p.286). De certa forma, a mulher é livre para fazer escolhas, tomar decisões, estabelecer metas para a sua vida. Porém, o poder controlador masculino, que a vigia mesmo sem estar presente, influencia intensamente seus atos e pensamentos.

Para Foucault, o poder só pode ser exercido sobre sujeitos livres, que possuem um campo de possibilidades, ou seja, o sujeito cujo papel será de oprimido na relação de poder necessita desfrutar de possibilidades de mudança da situação. "[...] Quanto mais as pessoas forem livres umas em relação às outras, maior será o desejo tanto de umas como de outras de determinar a conduta das outras. Quanto mais o jogo é aberto, mais ele é atraente e fascinante." (FOUCAULT, 1984, p.286). O sujeito oprimido deve apresentar "diante de si um campo de possibilidade onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer." (FOUCAULT, 1995, p.244).

Essas constantes ações e reações constituem o que Foucault chama de "jogos de poder". Esse jogo estratégico de poder objetiva que um dos envolvidos tente, de todas as formas, determinar a conduta do outro que, por sua vez, reage de forma a não permitir que sua conduta seja determinada pelo primeiro (FOUCAULT, 1984). Esses jogos de poder são partes constituintes das técnicas de governo, quer seja governo de si ou dos outros sujeitos (FOUCAULT, 2010).

A dominação não constitui a essência do poder. As relações de poder não são de dominação e o poder se exerce sobre todos os envolvidos na relação, quer ele assuma o papel de opressor ou de oprimido. Foucault afirma que "as pessoas sabem aquilo que elas fazem; frequentemente sabem porque fazem o que fazem; mas o que ignoram é o efeito produzido por aquilo que fazem." (RABINOW; DREYFUS, 1995, p.206).

Muitos homens desconsideram as consequências geradas pela violência que praticaram ou praticam contra as mulheres. Além disso, não reconhecem suas atitudes como sendo violentas. A crença de que a violência é a única forma de resolver o desentendimento entre o casal, por vezes, o leva a violentar a mulher (SILVA; COELHO; NJAINE, 2014). Essa conduta machista também é justificada como manutenção do exercício de poder masculino (HESLER *et al*., 2013; GIRALDO; BALLÉN, 2014).

Apesar das relações de poder apresentarem um caráter de opressor e oprimido, elas exibem uma diferença crucial entre os envolvidos na relação que é a capacidade, a habilidade, a técnica, o dispositivo que utilizam para exercer seu poder sobre o outro de forma que este último ao tentar exercer sua conduta não consiga ter o mesmo potencial que o outro e acabe mais sofrendo ação do que exercendo seu poder. Se há uma relação opressor e oprimido, inverter essa lógica, equilibrar essa lógica, quanto mais um dos envolvidos exercer ações, poder, para tentar equilibrar mais estará sofrendo influências, uma coação para manutenção do status por parte do outro (FOUCAULT, 1976).

Nas relações onde há o exercício de poder, não há uma vítima, mas sim uma pessoa que se encontra com menores chances de exercício de poder devido a uma relação desequilibrada de exercício de poder. Foucault acredita que as relações de poder devem ser analisadas em termos de combate, de confronto, de guerra devido ao seu caráter repressivo. A "paz civil", essa normalidade, estabilidade, essa tranquilidade que permeia determinadas relações entre os sujeitos, nada mais é, muitas vezes, do que uma guerra silenciosa, um prolongamento da guerra por outros meios. Essa pseudo paz é estabelecida a partir de uma relação de forças, de imposição de poder. "Sempre se escreve a história da guerra, mesmo quando se escreve a história da paz [...]" (FOUCAULT, 1976, p.100).

Para analisar as relações de poder é imprescindível considerar cinco questões. A primeira, denominada "sistema das diferenciações", diz respeito às diferenças nos papéis sociais que proporcionam a alguns agir sobre os outros; essas diferenças atuam como condições facilitadoras (ou não) para o exercício do poder; as diferenças econômicas e socioculturais, o *status* social, habilidades e competências são alguns dos exemplos que se pode citar desse ponto (RABINOW; DREYFUS, 1995). Consideramos, aqui, a questão da construção social e gênero que põe em lados opostos o "ser homem" e o "ser mulher" através de incumbências baseadas em distinções puramente biológicas.

A segunda, refere-se aos "tipos de objetivos perseguidos", ou seja, os reais motivos pelos quais o opressor permanece mantendo essa relação de poder; alguns dos motivos podem ser: manutenção de privilégios ou o exercício de uma função. No que concerne as relações

conjugais marcadas pela violência, pode-se considerar que esse objetivo, puramente machista, pode ser a manutenção do poder masculino sobre a mulher, a obediência feminina aos seus mandos, a conservação do comportamento da mulher conforme o seu desejo ou a permanência em seu *status* de provedor da família.

A terceira questão a ser considerada é "a modalidade instrumental", ou seja, os dispositivos utilizados no exercício do poder que podem ser materiais ou não; dentre eles podemos mencionar: sistemas de vigilância, ameaça das armas, o controle do outro, coação por efeitos de palavras (RABINOW; DREYFUS, 1995).

Como instrumentos "não materiais" podemos considerar a violência psicológica e a moral que visam prejudicar a saúde psíquica da mulher a partir de ofensas, calúnias, diminuição da auto estima, com o intuito de degradar ou controlar suas ações, comportamentos e decisões. Quanto aos instrumentos "materiais", pode-se considerar as formas de violência física, sexual e patrimonial. As duas primeiras prejudicam diretamente a integridade física da mulher enquanto que a patrimonial objetiva a destruição de seus bens materiais (BRASIL, 2006) cujo objetivo pode ser a demonstração de poder. São cinco as modalidades de violência conceituadas pela Lei Maria da Penha, que escondem uma gama quase infinita de maneiras de se manifestar.

O quarto ponto refere-se as "formas de institucionalização", neste caso podem ser misturados diferentes dispositivos conforme a instituição em questão, suas regras e normas. E, por último, os "graus de racionalização", ou seja, o exercício de poder e seus dispositivos utilizados vão sendo adaptados à relação conforme o resultado que se está obtendo; um determinado dispositivo é modificado ou substituído conforme sua eficácia; essa relação de poder vai sendo ajustada a medida que se vai alcançando o objetivo almejado (RABINOW; DREYFUS, 1995). Pode-se considerar como "instituição" o ambiente doméstico ou mesmo o "matrimônio", ambos com suas normas e regras. É nesse *lócus*, ou micro espaço, que os micro poderes se desenvolverão baseados em peculiaridades dessas instituições.

Se considerarmos o matrimônio e o lar como uma instituição, podemos inferir que suas regras e normas, constructos arraigados em preceitos de uma sociedade patriarcalista, atuam como dispositivos de poder. E, no que diz respeito aos graus de racionalização, a substituição ou agregamento de outros instrumentos vai ocorrendo conforme os objetivos que se está (ou não) alcançando, ou seja, se o homem utiliza-se de uma das formas de violência contra a mulher e esta modalidade não está surtindo o efeito desejado, ele pode intensificar o uso desse dispositivo ou ainda agregar outra forma de violência.

Dentro de cada sistema, de cada instituição, existem nuances que podem fazer com que existam diferenças nos dispositivos de poder utilizados. As relações de poder, com suas características, com seus dispositivos, com suas peculiaridades, "se enraízam profundamente no nexo social", e conforme Foucault esclarece "viver em sociedade é, de qualquer maneira, viver de modo que seja possível a alguns agirem sobre a ação dos outros." O autor completa articulando que "uma sociedade 'sem relações de poder' só pode ser uma abstração." (FOUCAULT, 1995, p.246). A questão do caráter local é muito importante porque, muitas vezes, não possuímos o cuidado ou a habilidade de conseguir pensar outras formas de ver o mundo. Tudo o que se torna natural, segundo Foucault, é o que há de mais perigoso.

Saber e poder encontram-se em uma relação muito próxima. Saber, conhecer, permite agir de formas que não se agiria sem saber, sem conhecer. Uma forma de tornar as pessoas dóceis e utilizáveis é fazer com que elas hajam conforme se deseja que elas ajam, fazendo-as pensar que estão agindo da forma que elas querem. Essa é uma forma de manipulação, um dispositivo para o exercício do poder. Essa manipulação pode nos levar a pensar que estamos "amarados" e que "nada poderemos fazer para mudar determinada situação". Outra maneira de determinar a forma pela qual a pessoa deve agir é desfocar a realidade, ou seja, o desvio de foco em que nosso olhar é desviado da realidade do problema para uma realidade que a "mídia" considera a "verdadeira", a "mais interessante".

4.4 Tecnologias de poder

As tecnologias de poder, dispositivos ou estratégias, constituem os meios utilizados para se alcançar o objetivo desejado em uma relação de poder. No jogo de poder essas estratégias designam a maneira pela qual o sujeito tenta ganhar vantagens sobre o outro, os meios que ele utiliza para privar o outro de suas "armas" de combate, a fim de que a luta lhe seja impossível. O intuito desse jogo é fazê-lo desistir da luta, renunciar. "A estratégia se define então pela escolha das soluções 'vencedoras'." (FOUCAULT, 1995. p.248).

Foucault esclarece que existem técnicas ou tecnologias específicas de poder que as pessoas utilizam para entender-se a si mesmas, ou seja, jogos de verdade ligados a práticas sociais para se autoconhecerem. Por jogos de verdade compreende-se os dispositivos sociais, tecnologias, instrumentos ou discursos utilizados para possibilitar a construção de algo como sendo uma verdade (FOUCAULT, 1990). São jogos entre o verdadeiro e o falso (FOUCAULT, 1984). Verdade não significa ser aquilo que é, mas sim algo que se

possibilitou ser reconhecido como uma verdade. Esses jogos de verdade produzem verdades, de subjetividades (FOUCAULT, 1990).

Uma breve reflexão acerca do constructo dos papéis sociais nos leva a questionar as incumbências inerentes ao sexo masculino e ao feminino. Mais além, nos leva a indagar o *status* masculino de detentor do poder, incluindo o poder e posse sobre a sua companheira.

Existem quatro tipos principais dessas técnicas. A primeira, tecnologia de produção relaciona-se com a produção, transformação e manipulação das coisas tornando um determinado produto em algo mais útil, mais valoroso, essa forma de tecnologia exige a mudança da conduta do indivíduo bem como de suas ações. A segunda, tecnologia de sistemas de sinais, refere-se ao emprego de símbolos, sentidos e significações; por exemplo, quando se segrega o louco e o são, o sujeito produtivo e o inválido, está sendo produzido sentidos, significados sobre o que é ser um e ser o outro (FOUCAULT, 1990).

A terceira, denominada de tecnologias de poder, está relacionada à condução de conduta dos indivíduos, ao exercício do poder de uns sobre os outros. A quarta, tecnologias do eu, permite às pessoas efetuar individualmente ou com auxílio de outros, operações, atividades sobre seu corpo e sua alma, pensamentos e condutas, obtendo-se, assim, uma transformação de si mesmo com o intuito de alcançar um determinado objetivo traçado quer seja ele de felicidade, sabedoria, etc. A tecnologia do eu consiste, então, no modo como o indivíduo atua sobre si mesmo (FOUCAULT, 1990). Técnicas de si, são todas as técnicas, todos os dispositivos de conhecimento e autoconhecimento que vão agir sobre a personalidade dos sujeitos (FOUCAULT, 1984).

Cada forma de tecnologia encontra-se associada com algum tipo particular de dominação, o que implica em certas formas de aprendizagem e transformação de condutas (FOUCAULT, 1990). Quanto mais consciência o sujeito possui sobre essas tecnologias do eu, mais ele consegue utilizá-las como formas de transformar sua conduta de forma libertadora. Quanto menos o sujeito as conhece, mais essas tecnologias aprisionam-no; ele deixa de ser autônomo e passa a ser dependente delas, menos ele consegue utilizá-las no intuito de transformação, quer seja de si ou de uma situação.

Se distintas foram as tecnologias utilizadas para aprisionar a mulher dentro de um papel social construído sócio historicamente, a tecnologia do eu aparece como uma possibilidade de libertação, de reversão desse *status* de mulher obediente, submissa, de cuidadora do lar e educadora dos filhos. Mais que isso, do rompimento do ciclo da violência, naturalizado, instituído como algo normal, constituinte das relações conjugais. As tecnologias do eu aparecem, então, como uma forma da mulher se conhecer, conhecer seus direitos e

deveres enquanto cidadã livre, de escolhas e desejos, dona de si. De submissa à cidadã de direitos, a mulher pode governar sua vida de forma independente, tomar decisões, fazer escolhas.

4.5 Poder pastoral

Foucault expõe que uma das estratégias de poder que pode ser identificada de forma clara é o poder pastoral, gerada pelo cristianismo. Nessa religião alguns de seus membros, os pastores, desfrutam dessa forma de poder tão específica (FOUCAULT, 1995).

O objetivo final do poder pastoral consiste na salvação de seu rebanho para o outro mundo, após a morte, e o poder é exercido em prol da salvação de todos. Não é uma forma de poder que apenas comanda (FOUCAULT, 1995). Constitui-se de técnicas voltadas para a condução dos indivíduos, de forma contínua e permanente (FOUCAULT, 1981).

Nela o pastor deve cuidar de cada membro pertencente ao seu rebanho, de forma individual, em detalhe, além de ter pleno conhecimento acerca da mente das pessoas, de suas almas, de seus segredos mais íntimos (FOUCAULT, 1995; FOUCAULT, 1981). Ele reúne, guia e conduz seu rebanho de tal forma que o rebanho só existe devido à presença e ação do pastor (FOUCAULT, 1981). Nesse modelo de condução de condutas, o poder é considerado como um dever e as decisões tomadas são baseadas no interesse de todos. “Tudo o que o pastor faz, ele o faz pelo bem de seu rebanho. É sua preocupação constante. Quando eles dormem, ele vela.” (FOUCAULT, 1981. p.360).

Aproximando da violência contra a mulher e considerando as relações conjugais, por vezes, o homem pode considerar-se o “pastor” de sua família, decidindo o que é melhor para todos. Ele é quem trabalha e confere o sustento à família. A construção dos papéis sociais colocou em lados opostos o masculino e o feminino, dividindo as atividades inerentes a cada um. Aos homens caberia, então, o poder, a chefia e sustento da família e sua proteção (BOURDIEU, 2014).

O pastor assume a responsabilidade pelo destino de todos os membros de seu rebanho e cada um em particular. Existe uma relação entre eles, de dependência individual e completa, de submissão pessoal de cada uma das ovelhas para com o pastor. Ele é, ainda, responsável por todas as ações, por todo bem que possam fazer ou por todo o mal que possam executar, bem como por tudo o que lhes acontece. Percebe-se a força do laço moral existente entre o pastor e cada um dos integrantes de seu rebanho (FOUCAULT, 1981).

É uma forma de conhecer a mente, a consciência dos indivíduos para poder conduzi-los (FOUCAULT, 1995). A renúncia à carne, ou seja, a renúncia às coisas mundanas estava fortemente associada à confissão (FOUCAULT, 1990). Essa incitação de revelar a verdade ao pastor possibilitava, além de conhecer as ações e pensamentos dos membros de seu rebanho, estabelecer proibições que fossem necessárias e que contribuíssem para a salvação (FOUCAULT, 1981).

Apoderado do conhecimento das faltas, erros, defeitos e fragilidades de suas "ovelhas", o pastor mais facilmente as controla e as conduz, tornando-as mais úteis e mais dóceis; menos resistentes e mais dominadas. Era uma forma de controle implícito desse dispositivo de poder onde o estado de bem-estar só era alcançado após realizar a confissão. Ressalta-se que essa forma de poder, o pastorado, subtrai do sujeito a sua autonomia. O cuidado de si (*epimélia heautoû*) é substituído pelo cuidado dos outros (*epimélia ton allon*) (FOUCAULT, 2006a).

Entretanto, com o tempo, o poder pastoral sofreu uma modificação em seu objetivo. O que antes era a salvação para o outro mundo, agora consiste em objetivos mundanos, ou seja, assegurar a salvação neste mundo, através do provimento das necessidades de seu rebanho. Pode-se citar a manutenção da saúde, do bem estar, do saneamento básico. Nesse sentido, o poder pastoral passa a ser exercido, então, por diferentes instâncias sociais como, por exemplo, o Estado, a polícia, a família (FOUCAULT, 1995).

Pode-se considerar que o poder pastoral é exercido nas relações conjugais também quando o homem assume o papel de "chefe da família", restringe a mulher aos cuidados domésticos e em seu pensamento machista acredita que ele sabe o que é melhor para a família. Ele é quem trabalha, quem sustenta a casa, toma decisões que são consideradas o melhor para todos. Algumas mulheres reconhecem que a distribuição desigual de poder é fruto da maneira como foram educadas. Reconhecem, também, que sempre estiveram submetidas aos mandos de algum homem, como se fosse algo natural. Primeiramente, o pai que mandava nas filhas, depois os maridos nas mulheres. Os homens, por sua vez, acreditam que "tem que ser assim", que as mulheres lhes devem obediência (GIRALDO; BALLÉN, 2014).

O poder pastoral surgiu como uma forma de poder cujo domínio pertencia a instituições religiosas e após a modificação de seus objetivos, fragmentou-se e passou a ser associado a uma multiplicidade de instituições: família, medicina, educação, dentre outros. Multiplicam-se, assim, os objetivos e os agentes de poder (FOUCAULT, 1995). Dentre as instituições detentoras de poder está a família. Há de se considerar que, na maioria dos casos,

o exercício de poder é majoritariamente de domínio masculino em função da própria construção sócio histórica dos papéis sociais de homens e mulheres, fruto de uma sociedade patriarcalista.

Outra forma de tecnologia de poder que Foucault descreve é a observação, a vigilância. Essa técnica exerce o controle dos corpos, bem como as atividades exercidas por eles. Uma característica dessa estratégia é que ela não se encontra estática em um lugar específico. Ela está presente em todos os lugares, ela dispensa a observação constante de um superior. A consciência de visibilidade que ela desenvolve em cada sujeito, garante que mesmo na ausência de um observador, seus efeitos de vigilância permanecem, ou seja, os sujeitos que estão sob constante vigia tem a sensação de que estão sendo observados o tempo todo e a qualquer momento pelo "poder que vigia" (CORREA, 2010).

Para auxiliar na compreensão de como esse poder funciona Foucault exemplifica através do *Panopticon de Bentham*. Considerado como um ritual meticuloso de poder, como uma tecnologia exemplar do poder disciplinar, ou ainda um dispositivo de controle de indivíduos, o *Panopticon* constituiu um plano para um mecanismo específico de poder aplicável a inúmeras instituições e problemas (RABINOW; DREYFUS, 1995).

O *Panopticon*, em sua disposição arquitetônica, consiste em um extenso terreno com uma torre em seu centro. No topo dessa torre fica um vigia. Ao redor da torre localizam-se inúmeras celas individuais, cada uma apresentando duas janelas, sendo uma voltada para a frente da torre e a outra para entrada de luz. O detento, sozinho em sua cela, é visível somente ao vigia, sem que possa visualizá-lo, sem a certeza de que o mesmo encontra-se na torre. Essa sensação de "vigilância constante" permite o funcionamento desse aparelho de poder (RABINOW; DREYFUS, 1995).

Foucault esclarece que "se o prisioneiro nunca sabe quando está sendo observado, ele se torna seu próprio guardião." (RABINOW; DREYFUS, 1995. p.207). Infere-se, então, que possuímos esse *Panopticon* dentro de nós mesmos, ou seja, esse mecanismo constitui um direcionamento de consciência, um controle de ação. Nossa própria consciência nos leva a crer que estamos sendo observados, coagidos, impedido.

Entretanto, "o *Panopticon* não é apenas uma técnica altamente eficaz e astuta de controle dos indivíduos; é também um laboratório para sua eventual transformação." (RABINOW; DREYFUS, 1995, p.208). A presença do vigia na torre bem como a vigilância constante podem disciplinar os sujeitos, moldando seus comportamentos e ações além de organizar hierarquicamente o funcionamento do poder (RABINOW; DREYFUS, 1995).

Uma aproximação do *Panopticon* com as relações conjugais nos leva a considerar que essa "construção" poderia ser o ambiente doméstico, com suas normas e regras, e o "vigia" seria o homem que mesmo não estando presente dentro do lar ou acompanhando sua mulher, o seu "poder de vigia" molda os atos dela, ditando quais comportamentos ela deve manifestar. Por vezes, de forma inconsciente, a mulher acaba agindo como o homem deseja pelo simples fato dela ter interiorizado em si esse "poder" masculino.

Algumas mulheres reconhecem que essa interiorização do poderio masculino é fruto de uma vivência que tiveram desde o nascimento, uma vez que sempre estiveram submetidas aos mandos de algum homem, primeiramente do pai, depois dos maridos (GIRALDO; BALLÉN, 2014). Entretanto, Foucault refina a inexistência da relação de poder sem resistência e completa afirmando que "toda relação de poder implica, então, pelo menos de forma virtual, uma estratégia de luta [...]". (FOUCAULT, 1995, p.248). A vitória de um dos sujeitos na relação de confronto só é alcançada quando os dispositivos utilizados por um deles geram estabilidade constante da conduta do outro. Essa situação fixa a relação de poder e ao mesmo tempo a extingue, uma vez que não existe exercício de poder sem possibilidade de luta, de reação, de contraposição de forças. Ressalta-se que a dominação não constitui a essência do poder, porém toda estratégia de confronto almeja transformar-se em relação de poder que, por sua vez, sonha em tornar-se estratégia vencedora (FOUCAULT, 1995).

4.6 Práticas de cuidado de si

A noção do cuidado de si, um preceito délfico de base filosófica e moral, alicerçado na filosofia greco-romana, era fundamentada na ideia de *epimélia heautoû*, que significava ter cuidados com a alma, com a verdade e com a razão. O *epimélia heautoû*, ou cuidado de si, consiste em uma alternativa que proporciona ao sujeito a possibilidade de construir-se como sujeito ético, moral e livre. Essa noção de *epimélia heautoû* permeou toda filosofia antiga chegando até o início do cristianismo (FOUCAULT, 2006a; LUCENA, PAVIANI, 2015).

Foucault expõe que o cuidado de si, o "*ocuparse de uno mismo*", ou ocupar-se de si, consistia em uma das regras mais importantes para a conduta social e pessoal, segundo a cultura grega. Acrescenta que o princípio moral mais importante da filosofia antiga, e originador das questões das relações entre sujeito e verdade, era "*gnothi sauton*", ou seja, conhece a ti mesmo (FOUCAULT, 1990). Nota-se que existe uma íntima relação entre o cuidar de si para se conhecer e vice-versa (FOUCAULT, 1984; FOUCAULT 2006).

É impossível cuidar de si mesmo sem se conhecer. É inegável a relação existente entre *gnôthi seautón e epiméleia heautoû*, ou seja, entre o conhece-te a ti e o cuidado de si, esses dois princípios encontram-se em íntima relação. O cuidado de si exige o conhecimento de si, ou seja, o conhecer-se a si mesmo implica no cuidar-se de si, no governo de si (FOUCAULT, 1984; FOUCAULT 2006).

Para Foucault, o cuidado de si consiste em uma inquietude permanente ao longo da trajetória da vida, uma prática constante do sujeito, uma agitação necessária para que ele busque conhecer-se a si mesmo através de práticas que o levem a ocupar-se consigo mesmo (FOUCAULT 2006). O sujeito que conhece a si próprio passa a ter consciência de si, a se reconhecer e ocupar-se de si, a se controlar (DIAS, 2015).

É uma relação consigo mesmo através do desenvolvimento de preceitos e práticas que funcionavam como exercícios norteadores do *epimélia heautoû*. Exercícios referentes ao cuidado de si. Para que fosse possível estabelecer uma relação consigo mesmo era necessária a realização de uma *Askésis*, ou seja, um conjunto de práticas e exercícios que possibilitam ao sujeito realizar o exame de sua consciência. A partir desses exercícios que o sujeito é convidado a (re)construir-se a si próprio, a refletir sobre seu modo de vida, bem como sobre as escolhas de sua existência. Nesse momento o sujeito assume um papel de "material" no qual se necessita trabalhar e moldar (FOUCAULT, 2004; FOUCAULT 2006).

A esse sujeito ético, capaz de se moldar, de se transformar, de empreender esse trabalho sobre si, capaz de se apropriar de sua vida e de refletir sobre os seus modos de viver Foucault denomina de *éthos*, ou seja, o sujeito que estabelece uma relação consigo mesmo, com os outros e com a verdade. Nos princípios Foucaultianos, por ética compreende-se uma relação consigo mesmo, uma prática, um *éthos*, um modo de ser (LUCENA, PAVIANI, 2015; DIAS, 2015).

Essas técnicas que o sujeito utiliza são denominadas técnicas de si porque apresentam a finalidade de compreensão do próprio sujeito, a captação do que ele é. Tais práticas permitem ao sujeito, sozinho ou com auxílio de terceiros empreender transformações em suas condutas, pensamentos, modos de ser, corpos e almas com o intuito de alcançar um determinado estado de felicidade, sabedoria, pureza, perfeição. Podem-se citar os exercícios de meditação, de memorização do passado, de exame de consciência e de verificação das representações (FOUCAULT, 2004). Essas práticas auxiliam na constituição do sujeito, tornando-o um ser autônomo (DIAS, 2015).

Essas práticas de si constituem um corpus que define um modo de ser, um estilo de vida, uma maneira de se comportar perante a sociedade, que promovem a formação de um

sujeito ético. Foucault percebe o cuidado de si como sendo um princípio ético que transforma o sujeito a partir de seu próprio conhecimento (FOUCAULT, 2006).

"A escolha do modo de vida é tratada como questão pessoal e o trabalho sobre a própria vida se apoia em uma série de técnicas de caráter não normativo, que não se organiza em forma de códigos" (LUCENA, PAVIANI, 2015, p.7). Essas práticas levam os indivíduos a prestarem atenção em si próprios, a se decifrarem, a se reconhecerem como sujeitos de modo a se transformarem e atingirem um determinado poder de ser (FOUCAULT, 1984). Essa intensificação e valorização da relação consigo mesmo direciona o sujeito a assumir-se como "objeto de conhecimento e campo de ação para transformar-se, corrigir-se, purificar-se, e promover a própria salvação." (FOUCAULT, 1985, p.48).

Denominada como cultura de si, apresenta como princípio fundamental e organizador de sua prática o cuidado consigo mesmo. Esse princípio abrangente "tomou a forma de uma atitude, de uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver [...] ele proporcionou, enfim, um certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber." (FOUCAULT, 1985, p.50).

Essa relação objetiva que o sujeito pertença a si mesmo, que seja seu, que dependa somente de si, uma vez que "nada limita nem ameaça o poder que se exerce sobre si." (FOUCAULT, 1985, p.70). O cuidado de si encontra-se atrelado ao exercício de poder. A partir de práticas de si é que o indivíduo terá domínio de si (FOUCAULT, 2006a).

Esse conjunto de valores e normas que o sujeito possui bem como o comportamento dele em relação às regras sociais, Foucault denomina de "moral". Nas palavras do autor, "por 'moral' entende-se um conjunto de valores e regras de ação propostas aos indivíduos e aos grupos por intermédio de aparelhos prescritivos diversos, como podem ser a família, as instituições educativas, as Igrejas, etc." (FOUCAULT, 1984, p.26). O modo pelo qual os sujeitos se submetem (ou não), resistem ou obedecem, negligenciam ou respeitam as regras ou prescrições constituem um dos aspectos do comportamento moral deles (FOUCAULT, 1984).

Entretanto, "uma coisa é a regra de conduta; outra, a conduta que se pode medir a essa regra" (FOUCAULT, 1984, p.27). Foucault acrescenta ainda, "Mas, outra coisa ainda é a maneira pela qual é necessário 'conduzir-se' – isto é, a maneira pela qual se deve constituir a si mesmo como sujeito moral, agindo em referência aos elementos prescritivos que constituem o código." (FOUCAULT, 1984, p.27). Em suma, frente a uma determinada regra, seria a conduta que o sujeito deveria apresentar, a conduta que ele pode desenvolver (o que é possível fazer diante da regra) e a que ele realmente apresenta ou a maneira que ele se conduz frente a tudo isso.

Para cada código de ação, prescrição ou regra existem diferentes maneiras do sujeito conduzir-se moralmente, de agir como sujeito moral. Essa relação do indivíduo com uma determinada regra, a obrigação que ele sente em pô-la em prática, é um modo de sujeição. A constituição do sujeito moral inexiste sem os modos de subjetivação, sem sujeição, sem formas de se constituir sujeito (FOUCAULT, 1984). A imagem do indivíduo, aquilo que ele é, é o que determina a sua conduta.

Uma ação moral implica na relação consigo mesmo, no constructo de si enquanto sujeito moral (FOUCAULT, 1984). Ela é indissociável das práticas de si. A elaboração desse trabalho ético que se desenvolve sobre si objetiva transformar o indivíduo em "sujeito moral de sua própria conduta" (FOUCAULT, 1984, p.28).

O sujeito modifica o seu pensamento frente à forma de ação, de como deveria ser o seu comportamento. Ele posiciona-se frente a um determinado preceito, a uma determinada lei ou regra (FOUCAULT, 1984). Somente o próprio sujeito pode transformar sua realidade. É uma reflexão sobre sua conduta. A partir do momento em que o sujeito começa a elaborar sua forma de agir, seu trabalho ético, ele começa a desenvolver uma prática libertadora. Isso constitui, então, uma prática libertadora.

Considerando as mulheres que vivenciam a violência doméstica em seu cotidiano, infere-se que elas podem transformar suas realidades a partir da compreensão das formas de violência a que estão sendo submetidas e do entendimento da situação vivenciada como uma ocorrência de violência contra elas.

Nas palavras de Foucault, para os gregos, a ética consistia na prática da liberdade:

> o *êthos* era a maneira de ser e a maneira de se conduzir. Era um modo de ser do sujeito [...]. O *êthos* de alguém se traduz pelos seus hábitos, por seu porte, por sua maneira de caminhar, pela calma com que responde a todos os acontecimentos etc. Essa é para eles a forma concreta da liberdade [...] Mas, para que essa prática da liberdade tome forma de um êthos que seja bom, belo, honroso, respeitável, memorável e que possa servir de exemplo, é preciso todo um trabalho de si sobre si mesmo. (FOUCAULT, 1984, p.270).

Quando o sujeito não realiza o trabalho ético, quando não desenvolve o cuidado de si, ele não tem o conhecimento do que é capaz e tampouco do que deve esperar de si mesmo. Essa situação o leva a correr o risco de exercer, sobre os demais sujeitos, um poder tirânico, um abuso de poder impondo aos outros seus desejos, fantasias e apetites. De certa forma, ele se aproveita desse poder para abusar dos outros lhes impondo suas vontades. Esse tirano é escravo de seus desejos porque não trabalhou sobre si. "É o poder sobre si que vai regular o poder sobre os outros." (FOUCAULT, 1984, p.272). Aproximamos este fato dos agressores, o

desconhecimento acerca das formas de violência conceituadas na lei, bem como a desconsideração de seus atos como uma forma de agressão contra as mulheres, faz com que estes homens abusem do poder e imponham às suas companheiras aquilo que julgam ser o correto.

Para Foucault toda moral constitui-se de dois aspectos indissociáveis, um relativo aos códigos de conduta (leis, regras) e o outro relacionado com as formas de subjetivação. Entretanto, em determinadas morais um dos aspectos pode receber maior importância do que outro, que por sua vez fica em segundo plano. Se a ênfase encontra-se no código, o sujeito moral preocupa-se com as leis, com as regras as quais ele deve se submeter. Entretanto, se o foco estiver voltado para as práticas de si, orientado para a ética, o sistema de regras de comportamento se torna pouco relevante. Ela se encontra direcionada na relação que o sujeito tem consigo mesmo, nas suas ações, sentimentos, pensamentos. "A ênfase é dada, então, às formas das relações consigo, aos procedimentos e às técnicas pelas quais são elaboradas aos exercícios pelos quais o próprio sujeito se dá como objeto a conhecer, e às práticas que permitam transformar seu próprio modo de ser" (FOUCAULT, 1984, p.30).

4.7 *Parresía*

Michel Foucault consagrou seus últimos anos a escrever acerca da parresía. Dedicou-se a resgatar esse conceito dialogando com a filosofia antiga. Buscou nas práticas de veredicção os elementos empregados no uso da coragem de verdade (SOLER; KROLIKOWSKI, 2016). O filósofo tinha a preocupação não com o problema da verdade, mas sim com o de quem era o narrador da verdade, de quem seria capaz ou estaria qualificado a dizer a verdade e o motivo pelo qual se deveria falar a verdade (FOUCAULT, 1999).

A análise do conceito de parresía foi apresentado por Foucault durante seu seminário intitulado *Discourse and Truth*, na Universidade da Califórnia – Berkeley, em 1983 (ANTUNES *et al*., 2012). A palavra parresía, de origem grega, traduzida para o inglês como *free speech* significa "liberdade de expressão", "franqueza em falar a verdade". Etimologicamente, a palavra "parresía" significa dizer tudo. A parresía refere-se, ainda, a uma relação existente entre o pensar, o falar e o agir. Para Foucault, parresía representa o ápice da questão da liberdade, a coragem de verdade (FOUCAULT, 1999). Consiste em um modo de discurso em que o narrador fala aberta e verdadeiramente sobre o que pensa.

Pode-se encontrar a palavra parresía em três formas: a forma nominal "parresía"; a forma verbal "*parrhesiazomai*"; e a palavra "*parrhesiastes*". Em sua forma verbal,

"*parrhesiazomai*" ou "*parrhesiazesthai*", como também pode ser encontrado, significa fazer uso da parresía. A pessoa que faz uso da parresía, ou seja, o sujeito que fala a verdade é denominado de parresiastes ou parresiasta que, por sua vez fala tudo o que tem em sua mente, sem esconder nada. O parresiasta atua na mente das outras pessoas, mostrando-lhes o que ele acredita ser verdade (FOUCAULT, 1999).

Foucault resgata na filosofia grega a genealogia parresía, bem como suas manifestações. Para o autor, Sócrates foi uma figura *parresítica* muito importante que discursava de maneira simples e verdadeira dizendo a verdade a quem quer que fosse e em qual lugar público estivesse. Não abria mão de seus próprios princípios de verdade, ou seja, da consonância entre o que dizia e o que fazia na prática. Seu discurso revelava suas ações (RIBEIRO, 2016). Há uma relação harmônica entre o que Sócrates diz e o que ele faz, entre suas palavras e suas ações, não há a menor discrepância entre o que ele diz e o que ele faz (FOUCAULT, 1999).

A diferença entre Sócrates e os Sofistas reside na harmonia entre palavra e ação. Este acordo harmônico é o que distingue Sócrates de um sofista que realiza discursos muito finos e belos sobre a coragem, mas não é corajoso. Os sofistas eram pensadores que iam de cidade em cidade fazendo discursos públicos para atrair estudantes, dos quais eram cobradas taxas para oferecer-lhes educação. Sócrates era capaz de usar discurso racional, eticamente valioso, fino e belo, usava a parresía e falava livremente porque o que ele dizia está de acordo exatamente com o que ele pensava, e o que ele pensava concorda exatamente com o que ele fazia. Essa consonância entre o falar e o agir constituía o foco da parresía socrática (FOUCAULT, 1999).

Desde muito novo Sócrates sentia certa repulsa à vida política preferindo dedicar-se à sabedoria. Essa sua escolha estimulava outros jovens a seguirem sua forma de viver o que incomodava profundamente os homens do poder que o acusavam de perverter a juventude. Para Sócrates era evidente as oposições entre oposições filosofia e política, ou seja, o discurso verdadeiro de um parresiasta e o discurso dissimulado, retórico de um político bajulador (RIBEIRO, 2016).

Utilizando-se da parresía, Sócrates incomodava seus concidadãos, tirando-os do conforto devido ao encorajamento a uma vida de exames de consciência e exercício ou práticas de si. Sócrates viveu sua filosofia e não se dedicou a escrever, enquanto que seu discípulo Platão dedicou sua vida à escrita filosófica (RIBEIRO, 2016).

A parresía socrática objetivava convencer alguém de que deve cuidar de si e dos outros, o que significava que ele deveria mudar sua vida. Não se tratava de alterar a crença ou

a opinião de alguém, mas de mudar o próprio estilo de vida, sua relação com os outros e sua relação com si mesmo (FOUCAULT, 1999).

Aproximando da questão da violência doméstica contra a mulher consideremos o profissional de enfermagem como sendo o parresiasta ou narrador e a mulher em situação de violência como sendo o interlocutor, ou seja, aquele que ouve a verdade. O cuidado de enfermagem é composto por duas dimensões, a instrumental ou técnica e a afetiva ou expressiva (GOMES; SILVA; ERN, 2003). A primeira refere-se à habilidade técnica e a constante atualização da prática. A segunda, agrega o carinho, a atenção e a valorização do ser humano. O cuidar engloba, então, um conjunto de ações que vão desde a prática até gestos, olhares e palavras (WALDOW, 2008).

Quando o profissional da enfermagem orienta a mulher acerca dos seus direitos, dos serviços disponíveis que atuam na prevenção, no enfrentamento da violência bem como outras instituições especializadas, ele está agindo como um parresiasta. Conforme Foucault (1999) o parresiasta diz o que é verdadeiro porque sabe que é o verdadeiro e ele sabe que é verdade porque é realmente verdade. Não é apenas sincero e diz o que é a sua opinião, mas a sua opinião também é a verdade. Ele diz o que sabe ser verdade.

Discordando de alguns estudos que indicam a falta de capacitação, a investigação de Hasse e Vieira (2014) revelou que muitos profissionais da enfermagem de Ribeirão Preto(SP) possuíam acesso à informação sobre a violência, além da realização de capacitações desses profissionais por parte da Secretaria Municipal da Saúde.

A investigação de Gomes *et al*. (2015) revelou que, após o término da pesquisa, foi realizada uma mesa redonda com autoridades locais para discutir junto aos profissionais da saúde e estudantes de enfermagem, aspectos relacionados à violência doméstica contra a mulher.

Para Bezerra *et al*. (2012) as enfermeiras da Estratégia Saúde da Família do Ceará afirmam terem recebido algum tipo de capacitação e conduzem de distintas formas os casos de violência doméstica contra a mulher. Realizam orientações, encaminhamentos para serviços especializados do setor saúde, para a delegacia da mulher, dentre outros.

Nesse sentido, infere-se que os enfermeiros(as) possuem conhecimentos técnicos e científicos para atuarem como parresiasta juntos as mulheres em situação de violência doméstica.

Foucault esclarece que o parresiasta é alguém que possui as qualidades morais necessárias, primeiramente, para conhecer a verdade e, em segundo lugar, para transmitir essa verdade aos outros. O autor considera um parresiasta apenas aquele sujeito que fala a verdade

mesmo se houver um risco ou perigo para ele em dizer a verdade. O parresiasta, então, é alguém que corre riscos, não necessariamente risco de vida. Ele possui a coragem de falar a verdade, apesar de algum perigo. Um exemplo que Foucault apresenta é que se a pessoa tem um amigo que está fazendo algo errado e a pessoa arrisca despertar sua raiva ao dizer-lhe que ele está errado, então ele está agindo como um parresiasta para com o amigo (FOUCAULT, 1999).

A parresía, apresenta algumas características que constituem-se em obrigações para o parresiasta: Franqueza, Verdade, Perigo, Crítica e Dever (FOUCAULT, 1999).

Franqueza: Considerando que o parresiasta é alguém que diz para as outras pessoas tudo que lhe vem à mente por meio do seu discurso, deixando claro que o que ele diz retrata a sua própria opinião, ele deve ser franco, fazer uso da **franqueza** (FOUCAULT, 1999). Deste modo, é durante o acolhimento que as vítimas devem ser orientadas sobre seus direitos e os recursos que poderão utilizar no enfrentamento da violência, como grupos de autoajuda, atendimentos por membros da equipe multiprofissional (KIND, *et al.*, 2013).

Verdade: Por ser a prática da parresía o "falar a verdade", o parresiasta deve dizer sempre a **verdade**, aquela que ele sabe que realmente é a verdade porque o parresiasta é alguém com qualidades morais para conhecer a verdade e para a transmitir aos outros. Entretanto, para que alguém seja considerada um parresiasta é necessário que a prática de falar a verdade implique em algum risco ou perigo para ele (FOUCAULT, 1999). Esse risco pode estar presente quando o profissional da enfermagem realiza o acolhimento, orienta e mesmo assim a mulher em situação de violência não aceita denunciar seu agressor (BEZERRA *et al*., 2012). O risco que se corre nessa situação é de que a mulher não retorne mais ao serviço passando a considerar que o profissional representa um risco para sua relação.

Perigo: O parresiasta é alguém que assume um risco que não necessariamente seja um risco de vida, podendo ser uma punição ou mesmo pôr em risco uma amizade pela verdade que foi dita. Sendo assim, a parresía está intimamente relacionada com a coragem frente ao **perigo.** A pessoa somente pode ser considerada um parresiasta se há para ela um risco ou um perigo em dizer a verdade (FOUCAULT, 1999). Pesquisas revelam que um dos fatores que impedem a realização da notificação compulsória dos casos de violência doméstica contra a mulher é o medo de represálias por parte do agressor. O medo também os impede de indagar as mulheres sobre a possibilidade de vitimização (GOMES; ERDMANN, 2014; ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; KIND *et al*., 2013; VIEIRA *et al*., 2013b). Apesar disso, existem profissionais que investigam, junto às mulheres, as situações de violência e realizam a notificação por reconhecerem sua importância bem como seu caráter sigiloso (VELOSO *et*

al., 2013; GOMES; ERDMANN, 2014; GOMES *et al*., 2013; SANTINON; GUALDA; SILVA, 2010).

Crítica: Ser parresiasta implica em assumir uma posição de **crítica** quer seja ao interlocutor ou a si mesmo. Pode ser ainda um conselho sobre como o interlocutor deve se comportar, pensar ou agir (FOUCAULT, 1999). O acolhimento e a consulta de enfermagem constituem-se em situações propícias à identificação dos casos de violência doméstica contra a mulher. É nesses momentos que as vítimas devem receber os mais diversos tipos de orientações que poderão auxiliar no enfrentamento da violência (HESLER *et al*., 2013; GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013; KIND et al., 2013).

Dever: Por fim, a última característica da parresía é a de que falar a verdade é um **dever**. O parresiasta é livre para se manter em silêncio, porém ele sente que é o seu dever falar a verdade mesmo correndo riscos (FOUCAULT, 1999). Por mais que existam mulheres que não desejam denunciar seus agressores (BEZERRA *et al*., 2012) é parte integrante da conduta ética e legal do profissional da enfermagem orientar a mulher bem como realizar a notificação compulsória (COFEN, 2007; BRASIL, 2003).

Estas cinco características são indispensáveis para um parresiasta uma vez que quando o sujeito se assume como tal ele tem o **dever** de ser **franco** e falar a **verdade** mesmo que esta seja uma **crítica** e que possa lhe proporcionar algum **risco** (FOUCAULT, 1999).

O compromisso envolvido na parresía, ou seja, o compromisso que se assume ao se ocupar o papel de parresiasta está intrinsecamente ligado a uma diferença de status entre o parresiasta e seu público. Independente do risco que ele possa vir a correr, o parresiasta tem o compromisso e a coragem de falar a verdade. Foucault acredita que a maior prova que pode existir da sinceridade do discurso do parresiasta é a coragem que ele possui de falar a verdade. O autor acrescenta ainda que o parresiasta diz o que é verdadeiro porque sabe que é verdade, conhece a verdade e a sua opinião também é a verdade porque ele diz o que sabe ser verdade (FOUCAULT, 1999). “To my mind, the parrhesiastes says what is true because he knows that it is true; and he knows that it is true because it is really true. The parrhesiastes is not only sincere and says what is his opinion, but his opinion is also the truth. He says what he knows to be true.” (FOUCAULT, 1999).

Ao aceitar o jogo parresiástico, o sujeito assume uma relação específica consigo mesmo. Ele arrisca sua vida para dizer a verdade ao invés de descansar na segurança de uma vida onde a verdade não é dita. Esse jogo parresiástico, de falar a verdade mesmo correndo riscos, envolve o parresiasta, que é quem fala a verdade, e o interlocutor. Esse jogo pode consistir em um conselho sobre a maneira de como o interlocutor deve se comportar ou

pensar. A parresía pode, ainda assumir a forma de crítica, seja para com o outro ou para consigo (FOUCAULT, 1999).

A verdade que o parresiasta expõe, não deve ser algo que de alguma forma vá prejudicar a si próprio uma vez que o perigo, na parresía, associa-se ao fato de que a verdade exposta é capaz de ferir ou irritar o interlocutor. O jogo parresiástico ocorre sempre entre quem fala a verdade e o interlocutor. Assim, o jogo parresiástico exige que o parresiasta esteja em posição de inferioridade em relação ao interlocutor. O parresiasta é, então, sempre menos poderoso do que aquele que o ouve (FOUCAULT, 1999). Nesse sentido, em uma relação de poder, a crítica vem de quem se encontra "abaixo", em situação de menor poder, de exercício de menor poder, de opressão, de inferioridade.

Ao transpor essa situação para as situações de violência, o profissional de enfermagem encontra-se em posição de inferioridade em relação à mulher no sentido em que somente a mulher pode tomar a decisão de transforma a sua realidade. Essa transformação é possível a partir do empoderamento da mulher, ou seja, com a mudança nas relações de poder em favor da mulher acarretando no controle feminino sobre sua vida, seus recursos financeiros, na construção de valores, na tomada de decisões, permite a mulher tornar-se protagonista da sua própria vida, dentre outros (GOMES *et al.*, 2014).

Na filosofia, a parresía encontra-se relacionada ao cuidado de si. Considerada uma técnica de orientação espiritual, a parresía era constituída por práticas que auxiliavam os sujeitos no autocuidado, a viver da melhor maneira possível, a aprender para educar-se. Essas práticas objetivavam aperfeiçoar, transformar, as relações que o sujeito desenvolvia para consigo mesmo a fim de mudar o seu estilo de vida bem como a relação dele consigo próprio e com os outros sujeitos. Tais práticas parresísticas dotam o sujeito de autoconhecimento, requisito indispensável para o acesso à verdade e ao conhecimento. O conhecimento da verdade sobre si para conhecer a verdade é a característica dessas práticas (FOUCAULT, 1999).

Impulsionadas pelo conhecimento acerca da Lei Maria da Penha e pelo empoderamento, algumas mulheres buscam as DEAMs para denunciar agressão rompendo barreiras e objetivando romper com o ciclo da violência (GOMES *et al.*, 2014).

A parresía consiste na harmonia entre agir, pensar e falar aquilo que o parresiasta acredita. Uma consonância entre pensamento, palavras e ações. O que o parresiasta diz deve estar de acordo exatamente com o que ele pensa, bem como o que ele pensa deve concordar exatamente com o que ele faz. A parresía, por sua vez, revela, então, quem o sujeito é de verdade (FOUCAULT, 1999). Essa tríade pode gerar uma série de problemas na sociedade

que exigem do sujeito o exercício do poder para que ele possa sustentar sua posição sobre determinado assunto.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudo

Pesquisa exploratória, qualitativa com delineamento transversal, o qual é capaz de fornecer um retrato de como determinadas variáveis relacionam-se no momento da pesquisa. Nesse tipo de estudo as investigações são medidas simultaneamente em um curto período de tempo (ARANGO, 2012). A contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social se refere a "renovação do olhar lançado sobre os problemas sociais[...]", uma vez que visa transformar a percepção acerca das problemáticas, bem como das as práticas envolvidas para o desenvolvimento de intervenções (GROULX, 2008. p.96).

A pesquisa exploratória possibilita ao pesquisador ampliar sua experiência acerca de uma determinada problemática, conferindo-lhe maiores conhecimentos sobre o assunto investigado. Investigações descritivas buscam descrever os fatos e fenômenos correspondentes a uma determinada realidade (TRIVIÑOS, 2008).

Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa procuram elucidar o porquê das coisas sem a preocupação de quantificar valores ou pôr à prova os dados encontrados (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009). A pesquisa qualitativa apresenta como foco central à subjetividade do participante e às relações humanas (TRIVIÑOS, 2008).

Considerando o contexto em sua amplitude, o procedimento qualitativo permite ao pesquisador o desenvolvimento de uma visão holística dos problemas sociais (GROULX, 2008). A pesquisa qualitativa proporciona novos questionamentos permitindo reconstruir conceitos pré-estabelecidos acerca das problemáticas sociais além de colocar em evidência as regras morais e sociais que norteiam as ações profissionais (GROULX, 2008).

Por considerar as especificidades socioculturais e ambientais em que os indivíduos encontram-se inseridos, a pesquisa qualitativa leva a repensar as necessidades segundo outro prisma que não o da estatística. Proporciona novos questionamentos permitindo reconstruir conceitos pré-estabelecidos acerca das problemáticas sociais além de colocar em evidência as regras morais e sociais que norteiam as ações profissionais (GROULX, 2008). "Na maior parte dos casos, ela leva à indagação sobre a separação entre a cultura institucional e profissional e o vivido das populações envolvidas com os problemas" (GROULX, 2008, p.102).

5.2 Campo de investigação

A pesquisa foi desenvolvida na cidade do Rio Grande/RS, localizada no extremo sul do Brasil, especificamente em suas Unidades Básicas de Saúde. Este município apresenta, em 2017, uma população de 209.378 habitantes (IBGE, 2017) e conta com 29 Unidades de Atenção à Saúde, sendo nove Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 20 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) (BRASIL, 2012b).

A Atenção Básica deve constituir-se no primeiro ponto de atenção e na principal porta de acesso dos usuários à Rede de Atenção à Saúde. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, com o intuito de promover uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e coletividades (BRASIL, 2017). Dentre as modalidades de Atenção Básica à Saúde estão as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). As Unidades de Saúde devem estar instaladas em locais mais próximos possíveis de onde as pessoas residem além de apresentarem caráter acolhedor, resolutivo e humanizado. O modelo de Atenção Básica à Saúde considera o indivíduo em sua singularidade a fim de desenvolver a atenção integral que o mesmo necessita (BRASIL, 2017).

Em relação às equipes de trabalho, a UBS deve dispor de equipes multiprofissionais integradas por médicos preferencialmente com especialização em família e comunidade, enfermeiros preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem ou técnicos de enfermagem. Profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias podem integrar a equipe também. Em relação à UBSF, é imprescindível a presença de equipe multiprofissional composta por, no mínimo, um enfermeiro com especialidade em Saúde da Família, um médico especialista em medicina de família e comunidade, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). A essa equipe pode estar agregados, ainda, cirurgião-dentista especializado em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal e agente de combate às endemias (ACE) (BRASIL, 2017). Em algumas dessas UBSF mais de uma equipe atua (BRASIL, 2017).

Complementar às equipes que atuam na Atenção Básica (AB) está o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), formado por equipe multiprofissional e interdisciplinar. Poderão compor os Nasf-AB: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo;

Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clinica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitarista (BRASIL, 2017).

5.3 Participantes do estudo

Participaram da pesquisa enfermeiros selecionados através da amostragem não probabilística por conveniência. Foram convidados a participar da pesquisa todos os enfermeiros atuantes nas Unidades de Atenção Básica do município do Rio Grande, totalizando 29 instituições. Todavia, apenas 13 Unidades de Saúde integraram o cenário do estudo em virtude da indisponibilidade de participação dos enfermeiros.

Participaram da pesquisa enfermeiros(as) atuantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do munícipio do Rio Grande/RS.

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram critérios de inclusão: ser enfermeiro(a), atuar na Atenção Básica, ter disponibilidade e tempo de atuação na unidade de saúde de, no mínimo, seis meses.

Foram critérios de exclusão: profissionais de outras áreas da saúde; ausência do trabalhador no local e no momento da coleta; profissionais que estivessem afastados da UBS no momento da coleta de dados devido a férias ou licença.

5.5 Coleta de dados

Para a coleta das informações foi empregada a técnica de entrevista que foram realizadas no período de abril a junho de 2018. Para tal foi elaborado um roteiro contendo questões fechadas e questões abertas. As questões fechadas objetivaram capturar dados acerca da situação pessoal e sócio profissional dos participantes enquanto que as questões abertas visaram colocar em evidência o conteúdo que os profissionais apresentavam sobre o tema proposto.

A entrevista caracteriza-se pela comunicação verbal entre indivíduos. Consiste em uma técnica de coleta de dados na qual as perguntas são formuladas e respondidas oralmente (UNAMUNO, 2016; MARCONI; LAKATOS, 2006; SEVERINO, 2007; GIL, 2009). Essa

técnica valoriza o significado da fala e da linguagem e envolve duas pessoas “face a face”, onde uma delas formula questões e a outra responde (GIL, 2010; MARCONI; LAKATOS, 2006). Como técnica de coleta de dados, a entrevista é utilizada para a obtenção de informações acerca do que os indivíduos sabem, creem, esperam, sentem ou desejam (UNAMUNO, 2016; MARCONI; LAKATOS, 2006; SEVERINO, 2007).

O ato de entrevistar consiste em direcionar a conversa de forma a capturar as informações relevantes, descrevendo detalhes do fenômeno investigado da forma mais clara possível (ANGROSINO, 2009; MARCONI; LAKATOS, 2006). A entrevista mostra-se como “uma porta de acesso às realidades sociais” (POUPART *et al*. 2008, p.215).

Como método de investigação, a entrevista constitui-se num espaço para a liberdade de expressão, de opiniões e emoções, estabelecendo um clima de confiança entre o entrevistador e o entrevistado (POLIT, BECK; 2011).

A estruturação da entrevista constitui uma etapa fundamental da pesquisa. Exige do pesquisador, tempo e alguns cuidados, entre eles: organização e planejamento da entrevista com o objetivo claro a ser alcançado; a preparação do roteiro contendo as questões pertinentes; a escolha dos entrevistados, que devem ser pessoas que possuam familiaridade ou algum conhecimento acerca do tema pesquisado; a disponibilidade do entrevistado em conceder a entrevista que deverá ser marcada conforme disponibilidade do pesquisado; a garantia da privacidade, do sigilo e da identidade do entrevistado; demonstração de confiança e acolhimento (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

O roteiro de entrevista (Apêndice B) da presente tese foi elaborado com base nas questões pertinentes ao tema violência doméstica contra a mulher que pudessem colocar em evidência as questões de exercício de poder nas relações conjugais bem como o uso da parresía por profissionais da enfermagem. Com as questões buscou-se colocar em evidência, ainda, o conhecimento dos enfermeiros acerca da conceitualização e tipificação da violência doméstica contra a mulher.

O atendimento por eles prestado às mulheres em situação de violência doméstica também foi problematizado quando alguns casos foram apresentados aos mesmos e lhes foi solicitado discorrer sobre a assistência a ser estabelecida. Questões de gênero também foram investigadas ao indagar-lhes acerca do atendimento prestado por profissionais do sexo oposto ao do entrevistado bem como lhes foi inquirido acerca dos motivos pelos quais eles acreditavam que as mulheres sofriam violência.

Abordou-se também questionamentos relacionados aos fatores que contribuem para a ocorrência ou não da violência bem como os impactos que a violência doméstica acarreta na

vida das mulheres. Por fim os participantes foram investigados sobre o conhecimento que eles possuem acerca dos serviços de proteção à mulher em situação de violência doméstica disponíveis no município do Rio Grande/RS.

A coleta de dados teve início somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FURG e autorização do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) de Rio Grande. Os enfermeiros que concordaram em participar da pesquisa formalizaram seu aceite através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), em duas vias, ficando uma em posse do entrevistador e a outra do entrevistado.

Após as devidas aprovações entrou-se em contato com os enfermeiros de cada uma das Unidades de Atenção Básica do município a fim de apresentar o projeto de pesquisa aos mesmos esclarecendo os objetivos propostos, convidá-los a participar das entrevistas, bem como o estabelecimento de horários que estivessem de acordo com a disponibilidade de cada profissional que aceitou participar da pesquisa.

Com metas previamente definidas acerca do objeto de sua pesquisa, o pesquisador entra em contato com aqueles que serão entrevistados para capturar os dados necessários (VEDOVE, 2016). A entrevista foi realizada de forma individual, em uma sala apropriada, livre de interferências, no local de trabalho dos participantes, em horário acordado com o participante, respeitando-se à privacidade de cada um. Foi utilizado para a entrevista um guia contendo perguntas semiestruturadas. Para facilitar a posterior transcrição dos dados a entrevista foi gravada sendo o participante esclarecido acerca da importância do gravador.

5.6 Tratamento dos dados

O conteúdo das entrevistas foi inserido no Software *NVivo* versão 11 e tratado à luz da Análise Textual Discursiva que consiste em uma abordagem de tratamento de dados que transita entre duas formas de análise qualitativa: a análise de conteúdo e a análise de discurso. Permite, de forma concomitante, a reconstrução da compreensão dos caminhos de produção da ciência, do objeto de pesquisa e de sua compreensão, da competência de produção escrita e do sujeito pesquisador. Essa forma de análise cria espaços de reconstrução de significados dos fenômenos investigados (MORAES, GALIAZZI, 2006).

O envolvimento na análise textual discursiva exige do pesquisador a reconstrução dos entendimentos de ciência que ele possui, superando paradigmas e solicitando a construção de caminhos próprios de pesquisa, ou seja, a construção de sua própria metodologia. Isso implica

em um conflito constante entre insegurança e convicção, entre certezas e dúvidas, exigindo que o pesquisador aprenda a lidar com a insegurança ao longo de sua investigação (MORAES, GALIAZZI, 2006).

A análise textual discursiva é uma metodologia aberta, um caminho indefinido e em construção, onde a segurança só é produzida na incerteza do caminho. A (re)construção de teorias e conhecimentos mais complexos exige a exploração de espaços inseguros cujo ponto de chegada também é incerto (MORAES, GALIAZZI, 2006).

Trabalhar com essa metodologia exige disciplina, organização e rigor uma vez que implica na ausência inicial de uma visão clara e completa da totalidade do processo que somente é construído conforme se desenvolve. O pesquisador precisa ir redirecionando o processo enquanto avança pelo caminho o que exige trabalho árduo e envolvimento intenso. É um processo constante de sucessivas reflexões e reconstruções onde cada etapa tem suas dificuldades, mas é preciso avançar passo a passo (MORAES, GALIAZZI, 2006).

Nesse sentido, a utilização da análise textual discursiva exige do pesquisador uma intensa impregnação nos fenômenos investigados a partir de leituras e releituras, transcrições, unitarização e categorização do material coletado. É a partir da impregnação que se produzirá novas compreensões. O pesquisador deve mergulhar em seu objeto de pesquisa a fim de assumir suas próprias interpretações. Toda análise é subjetiva e resulta da relação estabelecida entre pesquisador e objeto pesquisado. “O processo da análise textual discursiva é um constante ir e vir, agrupar e desagrupar, construir e desconstruir” (MORAES, GALIAZZI, 2006, p.122).

Ela é composta por três etapas: unitarização ou desmontagem dos textos, categorização ou estabelecimento de relações e, por último a captação do novo emergente (MORAES, 2003; MORAES, GALIAZZI, 2013).

Na primeira etapa, a unitarização, o pesquisador aproxima-se do caos pela desorganização de um texto que possibilitará a emergência do novo. É uma construção de sentidos e compreensões. Nesse momento, examina-se os materiais que compõem o *corpus* em seus detalhes e fragmenta-se eles com o intuito de formar unidades constituintes. Em outras palavras, os textos são fragmentados, recortados, desconstruídos, separados em unidades de significado (MORAES, GALIAZZI, 2006; MORAES, GALIAZZI, 2013).

Entretanto, mais do que recortes ou divisões, as unidades são elementos importantes dos textos, são aspectos que foram destacados devido à sua pertinência em relação aos fenômenos investigados. Neles estão contidas as mensagens mais significativas do material analisado (MORAES, GALIAZZI, 2007). Produz-se um conjunto desordenado e caótico de

unidades de significado sobre a temática, capaz de originar novas combinações, possibilitando a emergência do novo (MORAES, GALIAZZI, 2006; MORAES, GALIAZZI, 2013).

Essa etapa constitui a imersão do pesquisador nas transcrições das entrevistas realizadas, o exame detalhado dos textos em seus detalhes, fragmentando-os para atingir unidades constituintes referentes ao fenômeno estudado. Nesse momento, o pesquisador registra sua autoria, sua originalidade, pois outro autor faria outras seleções uma vez que as informações em sua complexidade podem comunicar várias ideias. Envolver-se no movimento desconstrutivo da unitarização é produzir novos sentidos, é iniciar o processo reconstrutivo das compreensões, a partir da imersão em significados expressos pelos participantes da pesquisa (MORAES, GALIAZZI, 2006; MORAES, GALIAZZI, 2013). A partir da unitarização as condições para a categorização vão sendo geradas, inicialmente imprecisas e inseguras (MORAES, GALIAZZI, 2006).

Na segunda etapa, a categorização, busca-se estabelecer relações entre as unidades de base formadas na etapa anterior a fim de formar conjuntos mais complexos cujos elementos apresentam algo em comum. Ao reunir unidades de significados semelhantes, podem-se gerar vários níveis de categorias de análise. Neste momento realizam-se articulações de significados semelhantes, ou seja, a categorização propriamente dita (MORAES, GALIAZZI, 2006; MORAES, GALIAZZI, 2007; MORAES, GALIAZZI, 2013). Contudo, as categorias não nascem prontas, exigindo que o investigador retorne inúmeras vezes aos mesmos elementos avaliando sua validade e pertinência bem como para seu refinamento. Ir e voltar diversas vezes, reposicionando os fragmentos, sempre na tentativa de evitar o equívoco na adequação dos mesmos às categorias (MORAES, GALIAZZI, 2006).

Essa categorização possibilitará a construção de estruturas compreensivas do fenômeno investigado, expressas na forma de um texto descritivo e interpretativo, o metatexto (MORAES, GALIAZZI, 2013). As categorias representam os nós de uma rede.

Na realização da categorização há a prevalência da elaboração indutiva das categorias, ou seja, a gênese das categorias ocorre conforme se vai explorando o material. Porém, a forma dedutiva também pode acontecer, elaborando-se as categorias a priori (PEDRUZZI et. al., 2015).

O desenvolvimento da unitarização e da categorização consiste em navegar entre ordem e caos, entre desconstrução e construção sendo a unitarização um movimento para o caos, de desconstrução de verdades estabelecidas e a categorização um movimento construtivo do novo. Realizar uma análise textual discursiva é saber movimentar-se em espaços entre ordem e caos (MORAES, GALIAZZI, 2006, p.125).

Na primeira fase da análise textual discursiva, denominada “tempestade de ideias”, mergulha-se nos temas a se explorar, o que possibilita a imersão de novas compreensões e reconstruções de conhecimentos existentes. Essa impregnação nas leituras proporciona *insights* com novos entendimentos, muitas vezes de forma repentina e inesperada, quando o investigador está desligado de sua produção, quando menos espera (MORAES, GALIAZZI, 2006).

Na terceira etapa, a captação do novo emergente, após desconstrução do material e reconstrução do metatexto, representa um esforço em apresentar a compreensão que se teve a partir das combinações estabelecidas nos passos anteriores, ou seja, as novas compreensões são comunicadas e validadas. A obtenção do metatexto permite criar a produção de novos entendimentos sobre o fenômeno em estudo (MORAES, GALIAZZI, 2013).

Estes ciclos descritos assemelham-se a uma tempestade de luz (MORAES, 2003), representando um exercício de elaborar sentidos, onde os textos são os significantes para os quais o pesquisador deve atribuir significados, surgindo, assim, novos sentidos, significados e compreensões (MORAES, 2003). Essa tríade permite a produção de novos conhecimentos e novas compreensões acerca do fenômeno investigado (MEDEIROS; AMORIN, 2017).

Com o advento tecnológico computacional, tornou-se mais fácil trabalhar com números elevados de dados, isso outrora era demasiado exaustivo e impossível de realizar manualmente. O tratamento informático permite “digerir” mais rapidamente os materiais obtidos. Existem vários CAQDAS (*Computer-aided qualitative data analysis software*), ou seja, *softwares* de análise de dados qualitativos assistido por computador, que podem ser escolhidos para a análise. Pode-se citar: *TAP, QualPro, HyperQual, TextBase, Alpha e The Ethnograph, NUD*IST3, MAX, Hiperresearch* (GRIJÓ, 2013).

Uma das vantagens da utilização de um desses *softwares* é o caráter sistemático e rigoroso conferido por eles ao processo analítico (GRIJÓ, 2013). O *software NVivo* tem sido utilizado, em nível nacional, por distintas instituições de ensino superior, principalmente nas áreas da Administração, Ciências Sociais e Saúde, mas seus primeiros contatos com essa ferramenta informacional ocorreu apenas a partir da década de 90 (GRIJÓ, 2013; LAGE, 2011).

Esse programa foi criado, em 1981, pelos pesquisadores Lyn e Tom Richards que o batizaram de NUD*IST (*Non-Numerical, Unstructured Data Indexing, Searching and Theorinzing*), que em 1987, após alterações na versão primeira, passou a se chamar N4 (GRIJÓ, 2013). Em um momento posterior, onde o desenvolvimento tecnológico favoreceu a aquisição de uso da informática atrelado ao surgimento de uma empresa para produzir e

comercializar o programa, foi então lançado o *NVivo*. Em 2006 essa empresa fundiu os dois softwares em um único, lançando a versão 7 do *NVivo*. Desde então novas versões vem sendo lançadas no mercado com atualizações, inovações, novas funcionalidades, maior sofisticação dos recursos, etc. (GRIJÓ, 2013). Esse *software* se apresenta de grande utilidade para pesquisadores qualitativos independente da metodologia escolhida para a coleta de dados.

Quando se inicia um projeto no *software Nvivo*, importam-se os materiais para o seu ambiente de trabalho. A esses dados inseridos, chamamos de fontes, as quais serão exploradas e codificadas em "nós" ou "nodes" que são estruturas onde são armazenadas as informações que foram codificadas (GRIJÓ, 2013).

Os "nós" assemelham-se a recipientes ou gavetas contendo fragmentos das fontes, o que, posteriormente, originará as categorias analíticas, ou seja, nos "nós" estarão reunidas as partes das fontes referentes a um mesmo tópico. Pode-se dizer que constituem pré-categorias (GRIJÓ, 2013).

Nesses nós estão contidas as "unidade de codificação ou de registro" que podem ser palavras, frases, etc. Quando pertinente, para fins de maior esclarecimento e referenciação do elemento codificado, pode-se definir "unidades de contexto" cuja função é permitir compreender o significado da unidade de registro em seu contexto. Quando se realiza a codificação das fontes, para cada fragmento codificado, ou unidade de registro, uma referência a ele fica armazenada no "nó" (GRIJÓ, 2013).

Como uma das vantagens do *NVivo* é promover a criatividade do pesquisador, este pode optar por criar os "nós" anteriormente e ir "preenchendo-os" ou ir criando os nós enquanto explora suas fontes. A primeira opção requer que se tenha conhecimento sobre as fontes, ou seja, que o pesquisador já as tenha explorado previamente e saiba o que irá encontrar nelas, o que não significa que não possa elaborar outros "nós" enquanto explora o material importado. Tanto uma quanto a outra requer habilidade por constituir-se em uma codificação manual (GRIJÓ, 2013).

A codificação dos "nós" pode proporcionar ao pesquisador a organização hierárquica dos mesmos (GRIJÓ, 2013), formando assim, as "*tree nodes*" ou "árvore de nós", conforme a necessidade e criatividade. Essa estruturação se assemelha a categorias e subcategorias ou classes e subclasses. A elaboração dos "nós" e "*tree nodes*" foi feita a *posteriori* à exploração do material.

Após a finalização da codificação dos "nós" e consecutivamente formação das categorias e subcategorias, tem-se a opção de explorar os distintos recursos do software como,

por exemplo, a frequência e a nuvem de palavras, os esquemas, gráficos, relatórios, etc., dependendo dos objetivos do estudo.

A seguir desenvolve-se a etapa da análise dos dados para posterior apresentação dos resultados encontrados (GRIJÓ, 2013), pois o interesse da análise reside no que os dados poderão nos revelar após serem tratados. Neste momento o pesquisador realiza inferências a partir dos achados.

5.7 Aspectos éticos

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande e após a devida aprovação (parecer nº 36/2018), ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande/FURG para apreciação. Posteriormente, foi encaminhado ao Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC).

Neste estudo foram respeitados os preceitos legais da pesquisa com seres humanos, garantindo a proteção dos seus direitos, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 2012), que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos.

Os participantes do estudo foram informados sobre: como iriam ocorrer as entrevistas; quais os objetivos do estudo; o anonimato e confidencial dos dados; da participação voluntária; da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido; bem como dos riscos e benefícios ao participar da pesquisa. Para garantir o anonimato dos entrevistados, a cada um foi atribuída a letra E seguida do número correspondente à entrevista, por exemplo: E1, E2, E3 e assim sucessivamente.

O retorno dos resultados obtidos a partir das entrevistas, aos participantes e à comunidade científica, ocorrerá sob a forma de artigos científicos a serem produzidos e encaminhados para publicação.

As entrevistas, o conteúdo das transcrições e os consentimentos serão guardados por um período de cinco anos após a publicação dos resultados, em envelope lacrado sob a supervisão do professor coordenador deste projeto, responsável do grupo NEPES (Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde), vinculado à Escola de Enfermagem e Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Foram respeitados todos os preceitos éticos, de acordo com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016).

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Inicia-se este capítulo delineando o perfil dos participantes do estudo. E, após, os quatro artigos oriundos da análise do conteúdo das entrevistas.

6.1 Perfil dos informantes

Foram convidados a participar das entrevistas os enfermeiros atuantes nas Unidades de Saúde do município do Rio Grande. Ressalta-se que, no momento em que foi feita a proposta da presente tese a Secretaria da Saúde informou que a cidade possuía 29 Unidades de Saúde, entretanto após a aprovação pelo Comitê de Ética da FURG (CEPAS-FURG) foi corrigido o número exato de Unidades de Saúde do município que, então, passou a ser 32. Salienta-se que em algumas dessas Unidades existia mais de um enfermeiro. Contudo, por constituir-se em um dos critérios de inclusão, o tempo de trabalho igual ou superior a seis meses na Unidade de Saúde, alguns dos profissionais não puderam participar. Outros não aceitaram o convite por não se sentirem à vontade para responder os questionamentos na presença de gravador, por sobrecarga de trabalho, proximidade de férias, período de campanhas de vacinação e indisponibilidade de horário. As entrevistas duraram, em média, 28,92 minutos e ocorreram entre os meses de abril a junho de 2018.

Apenas 13 Unidades de Saúde integraram o cenário final da presente pesquisa. Em algumas delas mais de um enfermeiro foi entrevistado sendo o número de participantes superior ao número de Unidades de Saúde integrantes.

Integraram o estudo 20 Enfermeiros (E). Destes, sete em Unidades Básicas de Saúde tradicional (UBS), sendo uma dessas vinte e quatro horas, 9 atuavam em Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família (UBSF) e quatro em Unidade Básica de Saúde (UBS/UBSF) com modalidade mista. Quanto ao sexo, 19 eram do sexo feminino e um do masculino. As idades variaram de 30 a 61 anos, com predomínio de 45% da faixa etária dos 40a 49 anos e 30% dos 30 aos 39 anos, com 30%. No que concerne a conjugalidade, um percentual de 90% dos participantes apresentava companheiro fixo no momento da entrevista e destes 85% residia com companheiro. Em relação ao tempo que os enfermeiros já estavam formados, 80% se formou entre 1983 e 2005, ou seja, antes da promulgação da Lei Maria da Penha. A respeito do tempo de trabalho na Unidade de Saúde, 85% dos enfermeiros iniciaram suas atividades na Unidade de Saúde atual após 2006.

Tabela 1: Distribuição dos enfermeiros quanto às Unidades de Saúde, sexo, idade, conjugalidade, ano de formação no curso superior e ano de início do trabalho na Unidade de lotação.

ENFERMEIROS		
	Total	%
TIPO DE UNIDADE DE SAÚDE		
UBS Tradicional	6	30
UBS Tradicional 24h	1	5
UBSF	9	45
UBS MISTA	4	20
SEXO		
Feminino	19	95
Masculino	1	5
IDADE		
30 aos 39	6	30
40 aos 49	9	45
50 aos 59	3	15
60 e mais	2	10
CONJUGALIDADE		
Com companheiro fixo e mora com ele	16	80
Com companheiro fixo e não mora com ele	1	5
Sem companheiro fixo	3	15
ANO DE FORMAÇÃO		
1983	1	5
1985	1	5
1992	1	5
1994	3	15
1997	2	10
1998	4	20
2000	1	5
2001	1	5
2005	2	10
2008	1	5
2010	2	10

2014	1	5
ANO DE INÍCIO NA UNIDADE DE SAÚDE		
2000	1	5
2004	2	10
2009	1	5
2013	2	10
2014	4	20
2015	2	10
2016	3	15
2017	5	25

Fonte: O exercício da *parresía* por enfermeiros da Atenção Básica no cuidado a mulheres em situação de violência doméstica. 2018. Tese.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) constituem a principal porta de entrada do usuário com toda a Rede de Atenção à Saúde. Geralmente, é instalada perto da residência das pessoas ou próximo de onde elas trabalham, estudam e vivem, desempenhando assim, um papel central na garantia de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Nas UBS, é possível receber atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral e Enfermagem. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, realização de testes rápidos e encaminhamentos para especialidades e exames. Em Rio Grande, a atenção primária é constituída pelas seguintes UBS: Rita Lobato, Materno Infantil Dr. Sérgio Brodt, Junção, Hidráulica e Parque São Pedro. As UBS 24h prestam atendimento médico e de enfermagem nas 24h do dia. Possuem atendimento odontológico, sala de vacinas com todos imunobiológicos do calendário vacinal em horário comercial. Atualmente as UBS que contam com atendimento 24hsão: Newton Azevedo – Cassino e Pedro Armando Gatti – Parque Marinha (RIO GRANDE, 2018).

A Estratégia de Saúde da Família conta atualmente com trinta e seis equipes de Saúde da Família. As equipes da ESF atuam em regime de 40h semanais, sendo apoiadas pelos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF), composto por psicólogo, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e educador físico, num total de seis equipes de NASF. Cada equipe com médico, enfermeiro e técnico de enfermagem é responsável por ofertar assistência, educação e vigilância em saúde para a população adstrita, sendo em média, populações de 3000 (três mil) habitantes por equipe. São realizados atendimentos preventivos, curativos e reabilitadores, ações de assistência em saúde na própria

Unidade de Saúde e nos domicílios cadastrados nestes territórios, visitas de agentes comunitários de saúde, acompanhamento pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF), pré-natal, puericultura, atenção a doenças crônico-degenerativas, procedimentos cirúrgicos, imunizações, orientações, anticoncepção, visitas domiciliares, curativos, avaliação de sinais vitais, atendimento em saúde mental, infectologia, além de outros problemas de saúde que a comunidade venha a apresentar. As Unidades de Saúde que possuem Estratégia de Saúde da Família são: Dr. Jaime Copstein-Aeroporto, Dr. Nilo Correa da Fonseca-Barra, Bernadeth, Bolaxa, Dr. Romeu Selistre Sobrinho-CAIC, Dr. Luiz Gonzaga Dora-Castelo Branco, Carlos R. Riet Vargas-Cidade de Águeda, Domingos Petroline, Vereador Onedir Lilja-Torotama, Ilha dos Marinheiros, Raimundo Expedito da Cruz-Marluz, Povo Novo, Dr. Jose Salomão-Profilurb, Querência, Quinta, ACS Evanilde Noguerira-Quintinha, Santa Rosa, São João, Dr. Vicente Mariano Pias-São Miguel I, Vera Regina Theodoro-São Miguel II, Taim, Santa Tereza, Senandes, Vereador Ciro Cardoso Lopes-PPV e BGV (RIO GRANDE, 2018).

As UBS Mistas apresentam duas modalidades de atenção à saúde, durante o dia como Estratégia de Saúde da Família e a noite na modalidade de UBS 24H. Atualmente as UBS MISTAS são: QUINTA e a Dr. José Salomão-PROFILURB (RIO GRANDE, 2018).

6.2 Artigo 1 – **Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Violência doméstica contra mulher: o conhecimento como alicerce para o exercício da parresía pelos enfermeiros[1]

Resumo

Objetivo: identificar o conhecimento subjetivo e objetivo dos enfermeiros, atuantes na atenção básica, acerca da violência doméstica contra a mulher sob a perspectiva do exercício da parresía. **Método**: Pesquisa qualitativa desenvolvida com 20 enfermeiros atuantes na atenção básica de um município do Sul do Brasil. Coletou-se os dados entre abril e junho de 2018, por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas. O conteúdo das entrevistas foi inserido no *software NVivo* e tratado à luz da Análise Textual Discursiva. Aprovação Ética sob Parecer nº 36/2018 e C.A.A.E: 81965918.5.000.5324. **Resultados**: No exercício da parresía, verificou-se que os enfermeiros empregam o conhecimento subjetivo que se refere a tudo aquilo que é intrínseco ao sujeito, elaborado a partir das suas experiências, pensamentos e convicções. E, o conhecimento objetivo que compreende o saber científico. Ambos conhecimentos são complementares e necessários ao exercício da parresía. **Conclusão**: Os enfermeiros possuem conhecimentos subjetivos e objetivos acerca da violência doméstica contra mulher para o exercício da parresía. Tais conhecimentos contribuem para a atuação junto às mulheres. Diagnosticar a violência doméstica na vida de mulheres que mantém essa chaga velada e ainda agir como parresiasta é uma tarefa árdua, mas capaz de transformar realidades.

1 Artigo extraído da tese de doutorado "O exercício da *parrhesia* por enfermeiros da atenção básica no cuidado a mulheres em situação de violência doméstica", apresentada à Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Rio Grande, RS, Brasil.

Descritores: Violência doméstica; Violência contra a mulher; Conhecimento; Revelação da verdade; Ética; Enfermagem.

Keywords: Domestic violence; Violence against women; Knowledge; Revelation of the truth; Ethic; Nursing.

Palabras clave: violencia doméstica; Violencia contra la mujer; Conocimiento; Revelación de la verdad; Ética; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A violência doméstica contra a mulher (VDCM) consiste em uma manifestação das relações desiguais de poder entre homens e mulheres[1], relações essas, construídas social e culturalmente ao longo do tempo. O lar, local considerado seguro e protetor, transforma-se em um ambiente ameaçador de ocorrência e ocultação da violência[2,3].

Pode ser compreendida como resultado do desequilíbrio no exercício do poder nas relações conjugais, o qual confere aos homens o papel de dominador e, às mulheres, de dominadas[1],[4-5]. Salienta-se que o poder não representa algo que se possui ou não[6], é um constructo sócio histórico que só se exerce e só existe em ação. Exercer poder significa agir sobre a ação dos outros sem necessitar de consentimento, sem renunciar à liberdade ou transferência de direitos. É uma forma de influenciar os outros a agirem da forma que se deseja, tendo-se uma intenção final[7].

No que se refere à VDCM, o exercício desigual do poder nas relações conjugais impacta sobre a saúde das mulheres, com implicações sobre a qualidade de vida[8], uma vez que limita, reprime e censura o seu agir. Muitas mulheres em situação de violência buscam mais frequentemente os serviços de saúde, principalmente a atenção básica[5]. Cerca de 35% das

queixas que as levam a procurar o setor de saúde se relacionam com algum tipo de violência[9].

Quando a atenção básica se constitui a opção de apoio das mulheres em situação de violência, a equipe de saúde, em especial a de enfermagem, é a primeira a prestar os cuidados[10-11]. Nessas ocasiões, os enfermeiros podem atuar junto às mulheres, encorajando-as à mudança nas relações de poder e no enfrentamento da violência. Transformar a realidade das mulheres que vivenciam situações de violência em seu cotidiano conjugal vai além do corrigir os excessos cometidos pelos parceiros, implica em sérios desafios à sociedade que deve dar conta de garantir a verdadeira independência e liberdade das mulheres.

Na atuação junto às mulheres em situação de violência, os enfermeiros podem atuar como parresiasta, ou seja, utilizar a parresía, que consiste na coragem de falar a verdade, fornecendo subsídios para que essas mulheres reconheçam as práticas violentas e, igualmente, exerçam a coragem de mudar suas realidades[12]. Quando o enfermeiro orienta a mulher acerca dos seus direitos, dos serviços disponíveis, da prevenção e do enfrentamento da violência ele está agindo como um parresiasta.

Além de sincero, o parresiasta tem a função de dizer o que é a sua opinião que também é a verdade. O parresiasta diz o que é verdadeiro porque além de saber, ele vivencia a verdade[12]. Para atuar como parresiasta junto às mulheres em situação de violência doméstica, os enfermeiros utilizam seus conhecimentos.

Sabe-se que o conhecimento é formado por duas dimensões complementares, a objetiva e a subjetiva. A objetividade de um conhecimento se caracteriza pela racionalidade e imparcialidade do sujeito, ou seja, independe do seu pensamento. Por sua vez, a subjetividade considera o ponto de vista pessoal, condicionado por sentimentos e afirmações arbitrárias. Portanto, o conhecimento subjetivo, ou empírico, é formado pela interpretação individual, por tudo aquilo que é intrínseco ao sujeito, por suas experiências, seus pensamentos, ideias,

crenças, conhecimentos e convicções. E, o conhecimento objetivo, também dito científico, independe das preferências individuais, que foi validado cientificamente[13].

Dessa forma, questiona-se qual o conhecimento subjetivo e objetivo dos enfermeiros atuantes na Atenção Básica acerca da violência doméstica contra a mulher sob a perspectiva do exercício da parresía? O presente estudo objetivou identificar o conhecimento subjetivo e objetivo dos enfermeiros, atuantes na atenção básica, acerca da violência doméstica contra a mulher sob a perspectiva do exercício da parresía.

METODOLOGIA

Pesquisa exploratória, descritiva, qualitativa com delineamento transversal, desenvolvida em 13 Unidades Básicas de Saúde (tradicionais e com Estratégia de Saúde da Família) de um município do Sul do Brasil. Destaca-se que em algumas dessas unidades atuam mais de uma enfermeiro, totalizando 20 profissionais que atenderam aos critérios de inclusão: ser enfermeiro(a) da Atenção Básica e atuar na unidade por no mínimo seis meses.

Primeiramente, os enfermeiros foram contatados por via telefônica, ligando-se para o número fixo da própria unidade, e, aqueles que manifestaram interesse já tiveram a entrevista agendada. No dia marcado, o participante registrou sua concordância em participar da pesquisa assinando o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), ficando com uma via e a outra de posse do pesquisador. Os dados foram coletados no período de abril a junho de 2018, através de entrevistas semiestruturadas gravadas, em sala reservada, com o tempo médio de duração de 29 minutos. Para as entrevistas, elaborou-se roteiro com perguntas abertas que versaram sobre elaborado com base nas questões pertinentes ao tema violência doméstica contra a mulher que pudessem colocar em evidência as questões de exercício de poder nas relações conjugais bem como o uso da parresía por profissionais da enfermagem. Com as questões buscou-se colocar em evidência, ainda, o conhecimento dos enfermeiros

acerca da conceitualização e tipificação da violência doméstica contra a mulher. As entrevistas foram transcritas e inseridas no *Software NVivo* versão 11 e submetidas à Análise Textual Discursiva[14].

Uma das vantagens da utilização de um *software* é o caráter sistemático e rigoroso conferido ao processo analítico. O *NVivo* tem sido utilizado, em nível nacional, por distintas instituições de ensino superior, principalmente nas áreas da Administração, Ciências Sociais e Saúde[15]. Dentre os diversos recursos que o *software* dispõe, está a possibilidade de confecção da nuvem de palavras contendo termos de distintos tamanhos. Os vocábulos mencionados com maior frequência, nas entrevistas, apresentam dimensões visuais maiores na nuvem, assim como os menos evocados aparecem em tamanho menor. Ao clicar sobre uma das palavras, na interface do programa, a fala do participante é acessada revelando o contexto em que a palavra selecionada foi mencionada.

Com o suporte do *software,* as entrevistas foram tratadas à luz da Análise Textual Discursiva que consiste na análise qualitativa composta por três etapas: unitarização ou desmontagem dos textos, categorização ou estabelecimento de relações e, por último a captação do novo emergente[14]. Essa tríade permite a produção de novos conhecimentos e novas compreensões acerca do fenômeno investigado[16].

Visando o anonimato, as falas foram identificadas por E (Enfermeiro) seguida do número correspondente à entrevista, por exemplo: E1, E2, E3 e assim sucessivamente. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local sob o Parecer nº 36/2018 e C.A.A.E: 81965918.5.000.5324.

RESULTADOS

Participaram 20 enfermeiros, sendo 19 mulheres e um homem. As idades variaram de 30 a 61 anos. A maioria possuía companheiro fixo, residindo com ele. Em relação ao tempo

que os enfermeiros já estavam formados, a maioria concluiu o curso entre 1983 e 2005, ou seja, antes da promulgação da Lei Maria da Penha. A maioria dos profissionais iniciou suas atividades na atenção básica após 2006.

A análise das 20 entrevistas possibilitou agrupar as unidades elementares em subcategorias. Após, estabeleceram-se relações entre as unidades formadas de modo a construir conjuntos mais complexos, originando uma categoria de análise a qual engloba o conhecimento que os enfermeiros possuem acerca da violência doméstica contra a mulher. Nela aborda-se o conhecimento subjetivo que consiste naquilo que os entrevistados acreditam ser a violência doméstica contra a mulher e o conhecimento objetivo, ou seja, técnico-científico, relacionado com os tipos de VDCM que constam na Lei Maria da Penha.

A complementariedade entre os conhecimentos subjetivos e objetivos

O conhecimento subjetivo e o objetivo são saberes que se complementam e servem como alicerce para uma prática profissional humanizada. Tipificar a violência doméstica contra a mulher (VDCM) é tão importante quanto compreender que ela representa uma transgressão aos direitos das mulheres.

Os enfermeiros enquanto parresiasta, com seu conhecimento subjetivo, reconheceram que a violência vai além daquilo que está conceituado na Lei. Elencaram como situações cotidianas que requerem o enfrentamento. (figura 1).

Figura 1. Nuvem de palavras formada pelo *corpus* de análise do conhecimento subjetivo dos enfermeiros acerca da violência doméstica contra a mulher do Município do Rio Grande, RS, Brasil, 2019.

Os termos com maior destaque foram “dia”, “difícil”, “força” e “grande”. Esses termos são rodeados pelos vocábulos “homem”, “luta”, “situações” e “solução”. Em relação ao termo “dia”, encontra-se relacionado com a ocorrência cotidiana da violência, em pequenos atos ou gestos. Já o termo “situações” revelou o nível de violência a que as mulheres são submetidas: *Eu acho que são situações de vulnerabilidade que elas sofrem no dia-a-dia, seja física, sexual, verbal (*E13*). A violência doméstica na verdade se dá, às vezes, no modo da fala, nas atitudes. Não se resume na agressão física, pode ser no dia-a-dia mesmo (*E19*).*

As palavras “difícil”, “grande”, “solução” e “luta” estão intrinsecamente ligadas ao fato da violência doméstica contra a mulher ser uma problemática social, que exige uma busca constante pela proteção e promoção dos direitos das mulheres, revelando a dificuldade que os enfermeiros também possuem para o rompimento do seu ciclo. *É uma luta que nós estamos lutando contra isso. É uma luta bem grande, de difícil solução. Bem difícil solução (*E17*).*

No que tange aos vocábulos “força” e “homem”, verificou-se a simbologia da força física que o homem possui e a mulher não. No conhecimento subjetivo dos enfermeiros, essas palavras se interconectam com o julgamento de valor deles, que identificaram como uma

covardia o uso da força física, visto que o homem, biologicamente, possui maior massa muscular do que a mulher. *Eu acho que é uma covardia do homem que tem mais força do que nós, força física muito maior. Às vezes a mulher se submete diz que é por causa dos filhos, mas às vezes é pela parte econômica [...] (*E2*).*

Já o conhecimento objetivo dos enfermeiros, atuantes na atenção básica, enquanto parresiasta, foi permeado pelos tipos de ocorrência de violência doméstica contra a mulher. (figura 2).

Figura 2.Nuvem de palavras formada pelo *corpus* de análise do conhecimento objetivo dos enfermeiros acerca da violência doméstica contra a mulher do Município do Rio Grande, RS, Brasil, 2019.

Observou-se que os termos mais mencionados foram “violência”, “mulher”, “física”, evidenciando a forma de ocorrência mais comum da violência doméstica contra a mulher. *Qualquer agressão corporal, é considerada uma agressão física. Um tapa, um soco, uma agressão com arma de fogo, arma branca, isso é uma agressão. (E1). Agredir com objeto, com a própria mão, pé, enfim com alguma parte do corpo, empurrão, puxão de cabelo, enfim. (E4). Eu acho que é o ato de ou bater ou tentar bater, em relação à física eu acho que é isso. (E7). Violência física, qualquer agressão, qualquer violação, um empurrão, um tapa, uma coisa que viole a tua integridade, qualquer coisa. (E15).*

Muitos enfermeiros conceituaram, conforme a Lei Maria da Penha, a forma física, psicológica, sexual e moral. No entanto, não houve menção sobre a violência patrimonial. Destaca-se que foram elencados alguns meios pelos quais ocorrem a violência física e a psicológica. *A violência doméstica é qualquer forma de violência que essa mulher sofra seja verbal, seja física, emocional, assédio psicológico ou físico [...] (*E9*). Desde ações como socos ou outros gestos violentos fisicamente, assim como também a própria pressão que ela possa passar ou exclusão de algum evento que ela queira participar, afastamento de amigos, enfim tudo o que tire dela uma autonomia e uma liberdade de vivenciar o que é direito dela. (*E11*).*

Com destaque para o conhecimento objetivo, os enfermeiros ao exercerem a parresía, enfatizaram a tipificação da violência. (figura 3). Observou-se em destaque os termos "sexual", "física", "psicológica", "moral". Esses termos foram permeados pelos vocábulos "relação", "agressão", "casa", "homem" revelando que alguns matrimônios são cerceados pela violência perpetrada pelo parceiro íntimo no *lócus* domiciliar.

Figura 3. Nuvem de palavras acerca tipificação da violência doméstica contra a mulher, de enfermeiros atuantes na Atenção Básica, do Município do Rio Grande, RS, Brasil, 2019.

Verificou-se que a violência sexual vai além do ato propriamente dito. Ela pode se concretizar através de carícias indesejadas, toques não permitidos, atos contra a vontade da

mulher. O estupro foi mencionado como algo independente da relação conjugal existente, uma vez que o sexo não consiste em uma obrigação da mulher para com o seu parceiro. *Qualquer relação sexual sem permissão, até quando o parceiro força um pouquinho a 'barra'. Se por acaso eles são casados ou vivem na casa, se ela não quiser, para mim é uma violência sexual. Se tocar em algum lugar que ela não permitir ou se ela tiver que fazer algum tipo de coisa que envolva contato sexual, sexo oral, que ela seja obrigada a fazer (*E10*). Mesmo sendo pelo companheiro, também pode ter uma situação de estupro onde a mulher não está querendo aquele ato sexual naquele momento e acaba sendo obrigada ou forçada ou até mesmo que o homem venha a segurá-la para ter o ato sexual ali, naquele instante.. (*E11*).*

A ocorrência de violência sexual contra a pessoa idosa, pelo próprio companheiro, também foi mencionada. Essa forma de violência é uma prática comum e de conhecimento das pessoas, no entanto, pouco discutida e notificada por todo o status social de vergonha e medo. Ainda, a violência sexual foi associada como violência moral, uma vez que atinge a integridade da mulher causando-lhe injúria, agravo de ordem física, psicológica e moral. *[...] uma agente comunitária, que foi cadastrar na casa e [a vítima] não comentou nada porque o marido estava perto, uma senhora de 62 ou 63 anos. Quando foi levar até o portão, disse que o marido mantinha relação sexual mesmo ela estando com problemas ginecológicos e de urina. Para mim isso é uma violência sexual [...] (*E8*). A violência sexual, muitas vezes, acaba sendo moral. Daqui a pouco ela ter que praticar algum tipo de sexo que naquele momento ela não queira praticar, pode se tornar uma violência moral para ela naquele momento (*E6*).*

Os vocábulos "relação", "casa" e "homem" revelaram que a VDCM está imbricada com as relações conjugais e que o lar, suposto local de segurança e proteção da mulher, se constitui em um *lócus* de sofrimento velado. *Para mim [...] seria a violência que ocorre pelo companheiro da mulher, dentro do domicílio [...] que tenha a ver com a violência física, verbal, psicológica, relacionado com o estado conjugal dela. (*E3*).*

O vocábulo "física" se relaciona aos meios pelos quais o homem pode de alguma forma ferir o corpo da mulher. *Espancamento, empurrões... (*E10*). Eu acho que qualquer ação física, mulher que aparece com pequenos hematomas nos braços, outras com uma lesão mais grave. Então, eu acredito que*

*qualquer ação que tenha o toque de forma não desejada, quer dizer a pessoa não querer ser tocada, caracteriza uma violência física na minha opinião. (*E12*).*

A palavra "psicológica" foi identificada como uma forma de violentar a mulher, direcionando os insultos para as qualidades físicas da mulher, para o seu desempenho como mãe, companheira, trabalhadora ou cuidadora do lar. Observou-se a interconexão realizada entre violência psicológica e machismo, ou seja, essa forma de violência foi vista como um dispositivo utilizado para que se mantenha o poder do homem sobre a mulher. *E, a psicológica é de tu maltratar com xingamentos, com coisas que machucam, falando de coisas físicas, que é gorda, que é magra, botando defeito ou fazendo xingamento com outras coisas (*E2*). Eu acho que a desvalorização do trabalho da companheira, tanto em casa em relação ao cuidado com a família, a questão do próprio machismo, de determinar que o papel da mulher é ser a dona de casa, a mãe de família, que ela não tem direito a trabalho, que ela não tem direito a ter nada nas contas da família, enfim (*E3*).*

O controle masculino sobre os corpos e ações das mulheres, as proibições, a privação da liberdade, o confinamento no interior de seus lares também consiste em violência psicológica. *Não deixar usar um tipo de roupa, sair em tal horário, de ter ciúmes, de limitar a mulher de fazer suas coisas, de trabalhar, de fazer algum curso, de visitar alguém porque pode ter alguém ali entre aspas que pode estar cobiçando a mulher. Isto é uma violência psicológica [...] (*E16*). Maridos que, por exemplo, não deixam as esposas saírem de casa, não deixam se arrumar, não deixam cortar o cabelo, não deixam trabalhar, não deixam usar o celular. [...], são muitos homens ainda que proíbem as suas esposas de saírem para o trabalho, ficam em função dos filhos, muitas vezes por questões de ciúmes, machismo ainda (*E19*).*

DISCUSSÃO

Identificou-se que, no exercício da parresía, o conhecimento subjetivo estava condicionado pela dimensão sentimental do sujeito, pela interpretação que cada profissional possuía sobre a violência, suas experiências e pensamentos, o julgamento que os enfermeiros possuíam acerca do ato violento. O conhecimento objetivo, foi composto pelos conceitos acerca do que é a violência doméstica contra a mulher, bem como a sua tipificação, ambos conforme a Lei Maria da Penha.

Esses conhecimentos, subjetivo e objetivo, podem ser utilizados pelos enfermeiros no desenvolvimento de práticas educativas junto às mulheres, de modo que desenvolvam uma visão crítica e participativa, para que possam tomar decisões conscientes[10]. O conhecimento subjetivo, acerca da VDCM, também contribui para que o profissional consiga detectar os indícios mais sutis que a violência pode apresentar, e atuar de forma parresiasta em seu enfrentamento.

O conhecimento objetivo, científico, é indispensável para que não haja interpretações preconceituosas sobre a vivência de violência pela mulher[17]. Além disso, visa instrumentalizar o profissional para um atendimento efetivo e eficaz. Nesse sentido, os enfermeiros, deste estudo, elencaram a violência física, psicológica, sexual e moral, não citando a forma patrimonial. Uma investigação realizada com dez enfermeiros atuantes em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do Rio Grande do Norte revelou que os principais tipos de violência que chegaram até eles, foram a física e a psicológica. Para eles, o atendimento desses casos é corriqueiro dentro das UPAS[11].

A violência física consiste em qualquer conduta que vise prejudicar a integridade física da mulher[5,18]. Tradicionalmente, a violência contra a mulher está intimamente relacionada com essa forma de agressão. A violência psicológica é entendida como qualquer conduta que cause ou vise causar dano à autoestima, à identidade e ao desenvolvimento da pessoa[5,11),(18-19)].

Por não deixar danos físicos, muitas vezes, a violência psicológica não é percebida como agressão, permanecendo invisível[5]. A violência sexual ocorre, quando a vítima é obrigada a participar, manter ou presenciar uma relação sexual da qual não deseja compartilhar, mediante ameaças ou uso da força[5),(18-19)]. A conceituação de violência moral a expõe como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria[5),(18-19)].

No presente estudo, os enfermeiros relacionaram a violência sexual com a violência moral uma vez que fere, de certa forma, a índole da mulher. Embora a VDCM possa ser caracterizada de acordo com os danos que ela pode causar, em determinadas situações, essas "violências" se imbricam de tal modo que impossibilita a delimitação de apenas um tipo. Frequentemente coexistem a violência física, a psíquica e a sexual[5].

É importante que os enfermeiros saibam reconhecer os tipos de violência doméstica, bem como a expressão dessas, no cotidiano das mulheres, uma vez que o conhecimento pode permiti-los agirem como diagnosticadores. Um "diagnosticador do presente" é uma pessoa que, por ter conhecimento e estar atento aos vários determinantes que anunciam uma situação, consegue fazer os demais sujeitos perceberem o que está para acontecer ou já está acontecendo, tornando visível algo que por estar presente no cotidiano das pessoas, elas não conseguem perceber[20].

Contudo, o diagnosticador não se posiciona frente ao que está acontecendo, ele observa e diagnostica[20]. A atividade do diagnosticador pode ser comparada à de um legista que, aos poucos, explora o "corpo", observa cada detalhe com o intuito de encontrar o "núcleo do mal", busca a resposta para, então, traçar o diagnóstico[21].

É necessário, contudo, um desprendimento do diagnosticador para que possa prenunciar a situação que está em curso desprendido dos mecanismos que segregam em dois polos a realidade[21]. No que tange a VDCM, o enfermeiro não pode posicionar-se ao lado da mulher de forma a considerá-la vítima, pois a mulher não ocupa o lugar estático de "vítima passiva" uma vez que as relações são mutáveis, passíveis de subversão, e a mulher possui a possibilidade de resistência e de exercício de poder[22].

Ao resgatar as características que um parresiasta deve possuir (Franqueza, Verdade, Perigo, Crítica e Dever)[12] e aproximando do diagnosticador[23], o enfermeiro possui competência para atuar como tal. Durante o acolhimento é possível que o enfermeiro

desempenhe seu papel de diagnosticador parresiasta detectando a ocorrência de situações de violência na vida das mulheres que, por sua vez, poderão já ser orientadas sobre seus direitos e os recursos disponíveis para o enfrentamento da violência.

O acolhimento constitui um espaço de escuta fundamental no cuidado à mulher, tratando-a de forma humanizada. Deve-se considerar também o que não é verbalizado pelas vítimas, observar o que não é dito com o intuito de identificar indícios da ocorrência de violência[11,23]. É neste momento em que elas receberão orientações sobre seus direitos, aconselhamento, autocuidado, recidivas, denúncia do agressor e etc[10].

Ressalta-se que um parresiasta é uma pessoa que diz a verdade, diz o que sabe ser verdadeiro, fala francamente não importando para quem, a prova da sinceridade do *parresiasta* é a sua coragem[12]. No entanto, não se trata de uma enunciação qualquer da verdade e sim aquela que apresenta um risco[24].

Ao prestar a assistência às mulheres em situação de violência, o enfermeiro fará uso da franqueza, da verdade e da crítica. Dessa forma, o risco está presente, principalmente quando o profissional realiza o acolhimento, orienta e a mulher em situação de violência decide não denunciar seu agressor. O risco que o profissional corre é da mulher não retornar mais ao serviço. Além disso, há o perigo, relacionado a possibilidade da presença do agressor dentro do local de trabalho do enfermeiro. Mesmo assim, há o dever, falar a verdade é uma obrigação. O parresiasta sabe que é seu dever falar a verdade, mesmo correndo riscos[24].

Em alguns casos as mulheres não contam quais foram os reais motivos das marcas em seus corpos ou da procura pelo atendimento, escondendo-os atrás de situações elaboradas para camuflar a violência sofrida. Por vezes, quando a mulher busca o serviço, a violência é mascarada por sintomas inespecíficos, dores imprecisas ou sem correspondência patológica conhecida[5,25]. O enfermeiro, enquanto parresiasta, deve fazer uso da coragem, bem como de

seus conhecimentos subjetivos e objetivos para realizar as orientações, falando a verdade acerca desta possível ocorrência de violência doméstica.

Apesar de serem rotuladas como poliqueixosas, polissintomáticas e hipocondríacas, entre outras denominações pejorativas, elas não relatam a real situação pela qual estão passando[4,25], devido à vergonha ou medo, por isso a importância de se realizar uma escuta investigativa que vá além das manifestações físicas[23]. O enfermeiro parresiasta, falando a verdade, pode ser a motivação que a mulher em situação de violência precisava para se sentir segura para relatar abertamente sobre o assunto. O atendimento multiprofissional integrado e a articulação intersetorial dos serviços é fundamental para que a assistência não ocorra de maneira fragmentada voltada às necessidades biopsicossociais em separado[10].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar os discursos dos enfermeiros da atenção básica, identificou-se que os mesmos possuem conhecimentos, subjetivos e objetivos, acerca da VDCM, o que contribui para a coragem de enfrentamento junto às mulheres em situação de violência. O conhecimento subjetivo foi constituído pelo julgamento que os enfermeiros investigados apresentavam sobre a situação de violência doméstica contra a mulher, atrelado às experiências profissionais. O conhecimento objetivo foi composto pelos conceitos que os enfermeiros discorreram acerca da tipificação da VDCM, em conformidade com a Lei Maria da Penha.

Embora, para alguns, tenha sido difícil citar ou conceituar as formas de violência conforme descritas na Lei Maria da Penha, esse conhecimento foi identificado, o que possibilita a efetivação de ações concretas de intervenção frente à violência.

Identificar a ocorrência de violência nem sempre é uma tarefa fácil ainda mais quando as mulheres não relatam de forma espontânea ou escondem o ocorrido atrás de situações

elaboradas para velar a violência. Contudo, a confiança que algumas tem em determinados enfermeiros é um facilitador para o relato da violência.

O enfermeiro, ao exercer a parresia, pode usar seus conhecimentos objetivos e subjetivos durante a consulta de enfermagem, momento propício para a discussão, identificação e orientações. Neste momento o profissional fala abertamente a verdade acerca da violência doméstica compartilhando seus conhecimentos, auxiliando-a para que possa tomar decisões, transformar sua vida e sua realidade de forma consciente e informada.

Identificar a violência doméstica na vida de mulheres que mantém essa chaga velada e ainda agir como parresiasta é uma tarefa árdua que requer conhecimentos não apenas objetivos, mas também subjetivos. Ser sensível ao não dito, aos acontecimentos que se desenvolvem sob seus olhos, explorar, escutar atentamente, é imprescindível para, após, fornecer a assistência adequada, visando o enfrentamento deste mal que é a violência doméstica contra a mulher.

Acredita-se que os profissionais da enfermagem podem atuar como parresiasta e através de seus diálogos com as mulheres auxiliá-las a transformar suas realidades, a construir estratégias de poder, a modificar a situação de violência por elas vivenciada.

Algumas limitações foram encontradas no decorrer da pesquisa dentre elas a restrição territorial onde ocorreu a coleta de dados, a amostra reduzida de profissionais de enfermagem de uma única região no sul do Rio Grande do Sul, o tempo de atuação profissional na Unidade de saúde. Essa investigação se mostrou relevante pois investigou o conhecimento que os enfermeiros possuem acerca da violência doméstica contra a mulher sob a perspectiva do exercício da parresía, objetivando transformar a realidade das mesmas. A importância dessa pesquisa está no fato de a produção científica, nacional e internacional, relacionada a temática ser reduzida ou até mesmo inexistente revelando a necessidade de maiores investigações.

REFERÊNCIAS

1 Lucena KDT de, Deininger LSC, Coelho HFC, Monteiro ACC, Vianna RPT, Nascimento JA do. Analysis of the cycle of domestic violence against women. J Hum Growth Dev. 2016; 26 (2): 139-146. Doi: http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.119238

2 Acosta DF, Gomes VLO, Silveira AD da, Gomes GC. Violência contra a mulher por parceiro íntimo: (in)visibilidade do problema. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2015; 24(1): 121-7. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001770013

3 Lucena KDT de, Vianna RPT, Nascimento JA do, Campos HFC, Oliveira ECT. Association between domestic violence and women's quality of life. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25:e2901. [Access out 05 2018]; Doi: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1535.2901

4 Almeida LR de, Silva ATMC da, Machado LDS. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. Interface, comunicação, saúde e educação. 2014; 18 (48): 47-59. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0560

5 Gonzáles GC, Bejarano C.R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. Enfermería Global. nº 33. 2014; 424-39. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100022

6 Foucault M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995. p. 231-249.

7 Foucault M. Genealogia e poder. Curso do College de France, 1976. In: FOUCALT, M. Microfísica do poder. São Paulo: Graal; 1976.

8 Vieira LJES, Ferreira RC, Moreira GAR, Gondim APS, Araújo MAL, Silva RM da. Fatores associados à sobreposição de tipos de violência contra a mulher notificada em serviços

sentinela. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 21(4): [08 telas]. jul.-ago. 2013. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0920.pdf

9 Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(2):304-11. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200005

10 Acosta DF, Gomes VLO, Oliveira DC, Marques SC, Gomes GC. Cuidado à mulher em situação de violência doméstica: representações de enfermeiras(os) hospitalares. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2017[cited nov 30, 2018]. Doi: https://doi.org/10.5216/ree.v19.42471

11 Freitas RJM, Sousa VB de, Cruz e Costa TS, Feitosa RMM, Monteiro ARM, Moura NA de. Atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher. HU Revista, Juiz de Fora. 2017; 43 (2): 91-97. Available from: http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2585/pdf_1

12 Foucault M. Fearless speech. 1 ed. Los Angeles: Mit Press; 2001.

13 Diana D. Conhecimento empírico, científico, filosófico e teológico. Available from: https://www.diferenca.com/conhecimento-empirico-cientifico-filosofico-e-teologico/ Acessado em 13 de dezembro de 2019.

14 Moraes R, Galiazzi M. C. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. Ciência & Educação. 2006; 12(1):117-128. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/S1516-73132006000100009

15 Jacks N, Toaldo M, Schmitz D, Mazer D, Miranda F, Gonçalves F, et al.
Uso de softwares na abordagem qualitativa: a experiência da pesquisa "Jovem e Consumo Midiático em Tempos de Convergência". Questões Transversais – Revista de Epistemologias da Comunicação. 2016; 4(7): 46-54. Available from: http://revistas.unisinos.br/index.php/questoes/article/download/12492/PDF

16 Medeiros J. Qual a diferença entre CRAS e CREAS? Entenda. GESUAS. Disponível em: https://www.blog.gesuas.com.br/diferenca-cras-creas/ Acesso em 12 out 2018.

17 Rodrigues WFG, Rodrigues RFG, Ferreira FA. Violence against women within a biopsyocial context: a challenge for the nursing professional. Revista enfermagem UFPE. 2017; 11 (4): 1752-58. Doi: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i4a15247p1752-1758-2017

18 Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília. [Internet]. 2006 [cited Jan 12, 2019]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm

19 Governo do Brasil. Violência contra mulher não é só física; conheça outros 10 tipos de abuso. [Internet]. 2015 [cited 15 out de 2018]. Available from: http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/12/violencia-contra-mulher-nao-e-so-fisica-conheca-10-outros-tipos-de-abuso

20 Foucault M. Ditos e escritos IV. Forense Universitária; 1977.

21 Gros F. Foucault: a coragem de verdade. São Paulo: Parábola Editorial; 2004.

22 Costa RG, Madeira MZA, Silveira C.L.H. Relações de gênero e poder: tecendo caminhos para a desconstrução da subordinação feminina. 17º Encontro Nacional da Rede Feminista e Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero, 17º Encontro Nacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero. [Internet]. 2012 [cited 26 out de 2018]. Available from: http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/17redor/17redor/paper/view/56

23 Zuchi CZ, Silva EB da, Costa MC da, Arboit J, Fontana DGR, Honnef F, et. al. Violência contra as mulheres: concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da escuta. Rev Min Enferm. 2018; 22:e-1085. Available from: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1223

24 Foucault M. O governo de si e dos outros: curso no Col1ége de France (1982-1983). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes; 2010.

25 Cortes LF, Padoin SMM, Vieira LB, Landerdahl MC, Arboit J. Care for women victims of violence: empowering nurses in the pursuit of gender equity. Rev Gaúcha Enferm. 2015; 36 (esp): 77-84. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57162

6.3 Artigo 2 – **Texto e Contexto Enfermagem**

DISPOSITIVOS DE PODER UTILIZADOS POR ENFERMEIROS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER

Resumo

Objetivo: identificar os dispositivos de poder utilizados pelos enfermeiros para o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher sob a perspectiva do exercício da parresía. Método: Pesquisa qualitativa realizada com 20 enfermeiros, de 13 Unidades Básicas de Saúde. Foram entrevistados entre abril e junho de 2018 e os dados tratados pelo *software NVIVO* 11 sob a luz da Análise Textual Discursiva, bem comoo referencial filosófico Foucaultiano. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local sob o Parecer nº 36/2018 e C.A.A.E: 81965918.5.000.5324. Resultado: A análise permitiu a geração de duas categorias: "dispositivos de saber/conhecimento" e "dispositivos administrativos/institucionais". A primeira refere-se às ações realizadas pelos enfermeiros, direcionadas para o compartilhamento de informações acerca da violência doméstica contra a mulher. A segunda, apresenta a programação das ações de enfrentamento e os encaminhamentos para outros setores engajados na atenção à mulher em situação de violência doméstica. Conclusão: O enfermeiro faz uso dos dispositivos de poder que tem disponível para auxiliar as mulheres na transformação das situações de violência. A enfermagem pode gerar transformações sociais uma vez que está engajada em ações que visam a promoção da saúde.

Descritores: Violência contra a mulher. Violência doméstica. Relações de poder. Gênero e saúde. Práticas profissionais

Introdução

A violência doméstica contra a mulher (VDCM) consiste em manifestações desiguais de exercício de poder entre homens e mulheres[1,2], podendo ser fruto da educação que a sociedade patriarcal perpetua ao longo dos séculos[3,4]. O lar, local que deveria ser considerado referência de refúgio, segurança e proteção, passa a ser visto como espaço de ocorrência e ocultação da violência[5].

A distinção social entre os sexos é responsável pela aparente necessidade de obediência feminina ao homem e pelo exercício de poder masculino sobre o feminino[6]. No

âmbito privado, essa desigualdade baseada no gênero determina os padrões de relacionamento, podendo resultar em violência doméstica[3,4].

O poder não representa algo que se possui ou não, tampouco há fisicamente em um *lócus* específico do corpo social. Não é um bem material pertencente a alguém, é um constructo sócio histórico que só se exerce e só existe em ação, perpetuando as relações de poder. Exercer o poder significa agir sobre a ação dos outros sem necessitar de consentimento, sem renunciar à liberdade ou transferir direitos. É uma forma de influenciar os outros a agirem da forma que se deseja, tendo-se uma intenção final[7].

Ninguém se encontra fora dessas redes de exercícios de poder. Todos estão exercendo ou sofrendo, de alguma forma, um determinado tipo de poder[8]. O poder funciona em uma cadeia contínua, em que os indivíduos são passíveis de exercitar o poder e de sofrer seus efeitos[7]. Alguns dos objetivos daqueles que exercem o poder consistem em manter privilégios adquiridos, conservar a autoridade e o exercício de uma função[9]. Ao pensar a VDCM sobre o prisma das relações de poder, percebe-se que as formas de subordinação a que as mulheres são submetidas, tratam-se de dispositivos de manutenção de poder, focados na violência e na contínua condução de condutas[9].

Um dispositivo consiste em um conjunto de elementos heterogêneos articulados, elaborado a partir de um objetivo estratégico. Pode ser discursos, instituições, leis, enunciados científicos, proposições morais, o dito e o não dito, saberes, verdades, regramentos, etc. Esses elementos podem ser substituídos, excluídos, rearticulados à medida que vão apresentando resultados positivos ou negativos, referentes ao fim que se deseja alcançar. O dispositivo constitui uma estratégia, uma intervenção racional, ou seja, "trata-se no caso de uma certa manipulação das relações de força [...], seja para desenvolvê-las em determinada direção, seja para bloqueá-las, para estabilizá-las, utilizá-las, etc." [10:246]. As tecnologias de poder, dispositivos ou estratégias, constituem os meios utilizados para se alcançar o objetivo desejado em uma relação de poder[9].

Um dispositivo de poder que pode ser utilizado pelos enfermeiros é a parresía, ou seja, a coragem de dizer a verdade, expor tudo, de se falar com franqueza aquilo que se pensa. A pessoa que faz uso da parresía é denominado de parresiasta e tem o compromisso e a coragem de falar a verdade. Esse jogo parresiástico envolve o parresiasta e o interlocutor, podendo consistir em conselhos acerca da maneira como o interlocutor deve pensar ou agir[11].

Nas situações de violência doméstica contra a mulher, o enfermeiro pode atuar como parresiasta desde o momento em que acolhe a mulher, orienta, assiste e a incentiva a transformar sua realidade. Todavia, o profissional corre o risco da mulher não mais retornar

ao serviço, por não aceitar a sua ação como parresiasta, por não ter a coragem de prosseguir com os trâmites legais para o rompimento da violência ou, porque não compreendeu que a situação vivenciada era violenta, uma vez que o caráter sócio histórico da violência invizibiliza certas condutas, entendidas como algo natural entre o casal.

Por acreditar que os enfermeiros exercem o poder junto às usuárias que buscam atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS), uma vez que podem influenciar as pessoas através do exercício de ações de cuidado, objetivou-se identificar os dispositivos de poder utilizados pelos enfermeiros para o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher sob a perspectiva do exercício da parresía.

Metodologia

Pesquisa qualitativa, descritiva, analítica, realizada em 13 Unidades Básicas de Saúde de um município do sul do Brasil. Em algumas dessas unidades, haviam mais de um enfermeiro atuando, desta forma totalizaram 20 participantes que atenderam os critérios de inclusão: ser enfermeiro(a), atuar na Atenção Básica e tempo de atuação na unidade de saúde de, no mínimo, seis meses. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local sob o Parecer nº 36/2018 e C.A.A.E: 81965918.5.000.5324.

Os dados foram coletados entre os meses de abril e junho de 2018, através de entrevistas semiestruturadas, gravadas, que foram transcritas na íntegra e inseridas no *software NVIVO*, versão 11, tratadas sob a luz da Análise Textual Discursiva[12] e do referencial filosófico Foucaultiano. A fim de garantir a privacidade dos participantes e o sigilo das informações, foi utilizada letra maiúscula da categoria profissional (E) seguida por um numeral arábico, sequencial.

Após inserir o conteúdo das entrevistas no *NVivo*, as etapas da Análise Textual Discursiva foram desenvolvidos no ambiente do *software*. Essa metodologia de análise é composta por três etapas: unitarização ou desmontagem dos textos, categorização ou estabelecimento de relações e, por último a captação do novo emergente[12-13].

Na primeira etapa, a unitarização, o pesquisador examina os materiais que compõem o *corpus* em seus detalhes e fragmenta eles com o intuito de formar unidades constituintes. Os textos são, então, fragmentados, recortados, desconstruídos, separados em unidades de significado[12-13].

Na segunda etapa, a categorização, busca-se estabelecer relações entre as unidades de base formadas na etapa anterior a fim de formar conjuntos mais complexos cujos elementos

apresentam algo em comum. Neste momento realizam-se articulações de significados semelhantes, ou seja, a categorização propriamente dita[12-13].

Na terceira etapa, a captação do novo emergente, após desconstrução do material e reconstrução do metatexto, representa um esforço em apresentar a compreensão que se teve a partir das combinações estabelecidas nos passos anteriores, ou seja, as novas compreensões são comunicadas e validadas. A obtenção do metatexto permite criar a produção de novos entendimentos sobre o fenômeno em estudo[12-13].

Resultados

A análise das entrevistas permitiu a geração de duas categorias analíticas intituladas "dispositivos de saber/conhecimento" e "dispositivos administrativos/institucionais". Foi possível verificar que, com o intuito de contribuir para o rompimento do ciclo da violência, uma vez que dentro das UBS são os profissionais que, primeiramente, acolhem as mulheres que vivenciam a violência doméstica, os enfermeiros podem utilizar um conjunto de ações, de tecnologias, de dispositivos de exercício de poder para este fim, possibilitando ações que se aproximam da parresía.

Dispositivo de saber/conhecimento

Esta categoria aborda as ações direcionadas ao compartilhamento de informações que possibilitam o exercício da parresía através de dispositivos de saber e conhecimento, seja através de divulgação de informações em grupos e palestras ou através de folders e cartazes que buscam, além de transmitir conhecimentos, encorajar o necessário enfrentamento. Inicialmente, o conhecimento se apresenta como um dispositivo que dota as mulheres de informações acerca da violência, permitindo-as acessar a verdade e se libertar de determinados constructos sociais que as aprisionam em um estereótipo de mulher submissa, "rainha do lar", além de capacitá-las para que possam produzir sua própria renda.

> [...] Temos grupo de artesanato ensinando, na segunda-feira, a fazer até uma fonte de renda, a fazer coisas para vender, temos cursos, [...]nós temos que oferecer oportunidades, inicia pela menor, oferecendo grupo de convivência para vir aprender a fazer artesanato, a partir daí o grupo expõe na FEARG (feira de artesanato da cidade), o grupo expõe nos eventos da Estratégia (em datas comemorativas), e tu vai te envolvendo e tu vai conhecendo pessoas e tu vai melhorando. (E8)
>
> Olha, nós temos grupos de artesanato, temos um grupo de culinária. Nós abordamos todos os temas. Não tem um grupo específico para isso, mas são abordados estes temas de violência. (E19)

> [...]nós temos várias pessoas que entraram em depressão por não fazerem nada [...] e hoje estão fazendo seus artesanatos, seus tricôs, estão vendendo, estão fazendo seus biscuit, estão vendendo. (E20)

Verificou-se a importância das ações desenvolvidas na UBS e a influência que o enfermeiro tem na vida da mulher que outrora vivenciava situações de violência em seu cotidiano conjugal. O momento em que o grupo é realizado se mostrou propício para abordar o tema da VDCM e para o encorajamento de ações que se aproximam da parresía.

> [...] Nós estamos aqui para encorajar que ela é capaz. Aqui mesmo na Unidade nós temos grupo de artesanato, direção, trabalho e renda. Nós temos aqui a Comissão dos direitos humanos, o pessoal está sempre incentivando[...] eu acho que tudo nós temos que encorajar no sentido que a pessoa é capaz. Eu estou acompanhando um caso mesmo, que o companheiro era alcoolista, sempre tratou ela com violência [...] ela é o resultado do trabalho aqui da Unidade. Ela mesma vem 'ah por que eu escutei o que vocês disseram, é bem isso mesmo, estou me sentindo melhor', então quer dizer que é uma superação. Ela tinha 100% dependência financeira dele, então hoje ela já está caminhando com as próprias pernas. (E1)

Além dos grupos desenvolvidos nas UBS, outras ações voltadas para o enfrentamento da violência, como medidas educativas, são realizadas a fim de proporcionar o empoderamento das mulheres vitimadas e de prevenir a violência. As palestras não se limitam ao *lócus* da UBS, pois os enfermeiros buscam espaços populares de uso da comunidade como formas de maior aproximação, sendo realizadas atividades até mesmo em escolas e associações de bairro.

> Nós fazemos no sentido de sala de espera, de empoderamento da mulher, de saber que ela tem seus direitos [...] Então as enfermeiras, psicólogas e educadoras físicas da residência multiprofissional trabalham na escola, mesmo sendo Programa de Saúde na Escola, elas trabalham com esse tema, de cuidados, do autocuidado, de se preservar, esse empoderamento. (E8)
>
> Nós já trabalhamos e trabalhamos ainda na verdade. O ano passado foi um pouco mais intenso e esse ano no início do ano na escola. Acontecesse assim, diretamente aqui, de fazer nos grupos alguma coisa, na gestante (grupo) nós já tivemos uma pequena fala, mas mais no PSE (Programa de Saúde na Escola), assim os outros grupos até não chegamos a trabalhar muito. (E10*)*

A mídia impressa, na forma de folders e cartazes, é utilizada na sala de espera para alcançar aquelas mulheres que por algum motivo mantém velada a violência sofrida. Desta maneira, a informação é passada de forma que possam ler e visualizar sem que precisem expor o vivenciado, possibilitando o tempo necessário para converter a intensão em ato de

denúncia. A partir dessa informação, elas apreendem conhecimentos acerca dos tipos de violência, bem como dos locais que atuam no atendimento às mulheres em situação de violência e no enfrentamento da VDCM.

> Nós recebemos material, eu acho até que é um material que é encaminhado pela Secretaria do Estado então a Coordenação das Unidades nos mandam. Na Unidade tem cartazes como o do disque denúncia com os telefones, que procuro colocar sempre na recepção porque elas ficam aguardando ali. Então se já tem alguma mulher que sofre, ali descreve bem quais são os tipos de violência. Então a medida que nós usamos é essa, educativa. (E9)

O acolhimento foi referido como o primeiro dispositivo a ser utilizado quando a mulher busca a Unidade de Saúde relatando a situação de violência vivenciada, uma vez que é neste momento que elas receberão orientações acerca dos seus direitos, bem como das demais instituições engajadas nas questões referentes a VDCM.

> Primeiro acolher a queixa, incentivar ela a fazer a denúncia, mostrar para ela que isso é um ato de violência contra a mulher e que ela tem o direito perante a Lei Maria da Penha, de ser protegida. Então primeiramente incentivar ela, mostrar o apoio dos serviços de saúde, incentivar ela à denúncia, notificar o caso de violência, e fazer a denúncia, porque agora a partir do novo código de ética da enfermagem, nós somos obrigados a fazer a denúncia. (E1)
>
> Acho que primeiro o atendimento humanizado, que ela sinta que a Unidade não vai fazer nada contra ela, que não vai expor ela, mas sempre mostrando quais são os direitos dela, quais são as fontes onde ela pode ter recurso [...] procurar entender qual é a rede de apoio dela e tentar perceber outras pessoas que podem auxiliar fora essa questão judicial, fora a questão de conselho, enfim colocar à disposição as instituições de saúde para tratar essa violência. A questão do CAPS, o encaminhamento ao psicólogo, a uma ajuda terapêutica. Acho que seria por ai para começar. (E4)

Independentemente do resultado que obterão no final, os enfermeiros empenham suas forças na tentativa de criar condições para que as mulheres possam exercer poder e assim modificar o cotidiano violento em que vivem. Acolhem, orientam a mulher e acompanhantes, realizam a notificação compulsória e a conduta ética e legal que os cabe.

> O caso de uma senhora já casada há muitos anos, com filhos e netos, que foi espancada na frente de casa e ela procurou a Unidade de Saúde, nós fizemos o atendimento, o acolhimento, fizemos a notificação da violência, através da ficha SINAN, orientamos ela, o filho a levar ela para fazer um boletim de ocorrência, e ela não foi atrás, e ela relatou que já não era a primeira vez que acontecia isso. Não sei se por medo, não consigo entender o que foi que se passou que ela não teve essa decisão. [...] (E3)
>
> [...]eu explicava para ela todas as questões da denúncia, da proteção. Mas ela nunca quis porque ela é louca por ele, apaixonada por ele e ela nunca

> quis fazer nada. Agora parece que melhorou um pouco [...]. Então, parece que estão um pouco melhor. [...] (E16)

Por vezes, faz-se necessário acionar outros serviços para dar cobertura no atendimento, dentre eles a Brigada militar a fim de garantir a segurança da mulher. O NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) também foi referido como um dispositivo de poder que auxilia no atendimento integral. O primeiro atendimento à mulher é realizado pelos enfermeiros que, dependendo do caso, a encaminham para outro setor ou acionam outros serviços que complementam a assistência que deve ser integral dada a complexidade da violência.

> [...] (depois de acolher a mulher) Eu chamei a Brigada e eles falaram tudo, explicaram como é e como não é, e levaram. [...] (E17)
> [...] Nós já tivemos uma que foi mais adiante (Acompanhamento com o NASF seguida por denúncia do agressor), conseguiu ir na promotoria, na delegacia da mulher. [...] (E20)

Dispositivos administrativos e institucionais

Esta categoria apresenta a programação que alguns enfermeiros realizam das atividades a serem desenvolvidas, bem como os encaminhamentos a outros profissionais que compõe a rede de atenção à mulher em situação de violência doméstica. Algumas UBS seguem uma programação anual de atividades delineadas pelos enfermeiros. Outras, aproveitam datas comemorativas como, por exemplo, o mês de março considerado o mês da mulher para desenvolver ações de prevenção da VDCM e de empoderamento feminino. Nesses momentos são trabalhados aspectos que caracterizam o relacionamento abusivo, bem como formas de prevenção de agravo da situação.

> [...] agora mesmo em Março nós trabalhamos o mês da mulher. Nós trabalhamos nos grupos a questão do relacionamento abusivo, trabalhamos com grupo de planejamento familiar, trabalhamos com os alunos do EJA, que tem muitos adolescentes, adultos, idosos, tinha mais de 85 pessoas no auditório, então a psicóloga trabalhou a questão do relacionamento abusivo desde o namoro até o relacionamento de casal. O que são sinais e sintomas de um relacionamento abusivo, então são formas de prevenção. Nós sempre trabalhamos isso. (E1)
> [...] nós temos temas todo ano. Nós montamos um plano de ação e um dos nossos planos de ação, já tivemos uma que foi o dia internacional da mulher, vamos ter outro agora no dia das mães, nós estamos falando sobre violência doméstica, física, verbal. Tivemos encontro nesse do dia da mulher, com a assistente social que veio do NASF e ela falou sobre, fez uma palestra, muitas se abriram e falaram que sofrem, que sofreram [...]. (E7)
> [...] nós fazemos em certos períodos do ano, nós fazemos no mês da família, fazemos muito em agosto, abordamos essa questão da violência. [...] (E15*)*

A parceria com outros profissionais, é um importante dispositivo para sensibilizar as pessoas quanto a problemática, pois conforme narra um dos enfermeiros, o convite para participar de palestras pontuais sobre violência ou outras situações, nunca é bem aceito pelas mulheres. Nesse sentido, eles desenvolvem distintos grupos com atividades guiadas por diferentes profissionais, abordando temas de interesse comum, dentre eles o da VDCM.

> [...]nós buscamos espaços comuns, por exemplo, nós temos o grupo de atividade física, só que nesse grupo interage todo mundo, vai a psicóloga, vai a nutricionista, vai a assistente social, vai o enfermeiro, e nós vamos fazendo várias abordagens. Aí nós abordamos a violência, todas aquelas questões que vão envolver o cuidado de alguma forma. [...] nós já chegamos a ter aqui um grupo de orientação familiar que o foco era a prevenção da violência da mulher porque foi um período que nós tínhamos dois ou três casos que estávamos cientes [...]. Esses grupos que nós temos, dois grupos, um na terça e outro na sexta, o foco do grupo é atividade física, então quando nós convidamos "vem para o grupo tem Pilates, vem para o grupo tem não sei o que" porque se tu foca "vem para o grupo que nós vamos falar de violência" não vem, "vem para o grupo que vamos falar de diabetes" não vem, as pessoas não querem mais ouvir falar da doença. Então elas vêm para o grupo fazem uma prática de atividade física, de relaxamento e nós introduzimos o assunto [...]. (E12)

A rede de apoio também foi referida como um dispositivo fundamental utilizado pelos enfermeiros para que auxiliar a mulher a romper com o ciclo da violência. Um dos enfermeiros fez referência à família como suporte para que a mulher possa abandonar a situação que está vivenciando. Outro explanou que buscaria apoio para que a mulher pudesse ter proteção frente ao desejo de separação e denúncia.

> Eu a orientaria de que existe Delegacia da Mulher, de que existe direitos da mulher, de que existe outras formas de relações porque às vezes eu acho que se mantem na relação porque não vêm outras formas. Normalmente elas reproduzem até coisas que perceberam com a mãe, pai e tal. Essa consulta com essa pessoa seria a título de orientação, e de me deixar aberto para quando ela precisar e o que ela precisar de mim eu vou estar aqui pra poder ajudar, mas seria mais de orientar ela, [...] ver quais são as condições dela, se realmente tem condição de sair daquele lugar, se ela tem suporte familiar para isso e orientar os caminhos, os trâmites mais legais. (E10)
>
> Olha, eu acolho e converso com ela se ela realmente está querendo ajuda, querendo mudar aquela situação. Eu vou de certa forma fazer com que ela consiga isso. Por mais que nós saibamos que, muitas vezes, elas não querem denunciar porque a situação está ruim, mas é aquela frase péssima "ruim com ele, pior sem ele", mas eu acho que ela vai ter que pensar na segurança dela o que isso pode acarretar depois, então falaria para ela isso denunciar, ou através do disque 100 ou na Delegacia da Mulher. E, principalmente buscar para ela o apoio [...] de maneira que ela conseguisse uma proteção e

> o afastamento desse companheiro da vida dela, para ela se proteger também porque mesmo a separação não é garantia, muitas vezes, de segurança para ela. (E11)

Discussão

O exercício desigual do poder nas relações conjugais, que culmina na violência contra as mulheres, apresenta grande impacto sobre a saúde delas, com implicações sobre a qualidade de vida[14]. Mulheres em situação de violência buscam com maior frequência os serviços de saúde, principalmente os voltados para a atenção primária[15,16]. Essas mulheres constituem a maior parte da demanda assistencial dos serviços públicos de saúde[5].

À medida que a situação violenta se acentua e suas consequências apresentam maior gravidade, o serviço de saúde deixa de assumir o papel de "opção" e passa a ser uma necessidade para a mulher[17]. Contudo, não existe um limite que determine quando a violência passa a ser uma necessidade de saúde. O que deve ser considerado como um indicador dessa necessidade é a gravidade dos danos causados pela violência[17]. Mulheres que experienciam situações de violência doméstica apresentam a saúde fragilizada e menor qualidade de vida do que as que não vivenciam[5].

A VDCM não se limita às paredes do privado, suas consequências sobre a saúde das mulheres a leva para o interior dos serviços de saúde envolvendo, dessa forma, os profissionais que ali atuam. É por isso que as UBS constituem a primeira escolha para as mulheres em situação de violência doméstica[16,18]. É dever do profissional de saúde cuidar de forma humanizada e integral, a partir de uma visão holística, a fim de atender às necessidades biopsicossociais das usuárias que buscam o serviço de saúde. Os profissionais que atuam diretamente no atendimento às mulheres em situação de violência doméstica devem estar capacitados para acolhê-las de forma efetiva e detectar casos de VDCM[14].

Enfrentar a violência doméstica contra as mulheres, exige trabalhar com o poder presente nas relações marcadas pelas diferenças de gênero. Dentre os dispositivos de poder utilizados pelos enfermeiros, com vistas a promoção do exercício de poder entre as mulheres e o rompimento do ciclo da violência, estão o acolhimento, os grupos de educação em saúde, as palestras, a mídia impressa, a atuação multiprofissional e intersetorial, além das redes de apoio. Quando a mulher chega no serviço de saúde o enfermeiro a acolhe de forma humanizada, transmitindo-lhe segurança e respeito, almejando a satisfação das necessidades individuais dela[19].

É neste momento em que elas receberão orientações sobre seus direitos e aconselhamento sobre autocuidado[16]. É durante o acolhimento que a mulher deve receber

todas as informações pertinentes para que possa engendrar a tão almejada mudança em sua vida. O acolhimento, dispositivo tecnoassistencial, deve envolver a mulher de tal forma a transformá-la em partícipe ativa no processo de produção da sua saúde[14].

Ainda, o acolhimento é um espaço de escuta fundamental no cuidado à mulher[19,20]. Considera-se como um dispositivo de poder em virtude de que a qualidade do acolhimento pode servir de "mola propulsora" para promover o empoderamento da mulher, a ponto de ela própria modificar suas vivências, transformando sua realidade. Os grupos desenvolvidos no *lócus* da atenção básica se constituem em formas distintas de valorizar as relações intersubjetivas e proporcionar transformações na vida das mulheres que vivenciam situações de violência ou das que frequentam os grupos sem sequer ter sofrido alguma forma de transgressão aos seus direitos femininos, feitas de forma integrada aos serviços de saúde e demais setores complementares[18].

As palestras realizadas em escolas ou mesmo dentro das UBS, nos grupos, bem como a mídia impressa caracterizada por folders e cartazes e a "sala de espera" constituem uma breve informação sobre o determinado assunto. No entanto, pouco é abordado na literatura como ações desenvolvidas por enfermeiros no contexto das UBS. Nas publicações atuais não se encontrou menção a essas práticas de educação em saúde.

O atendimento às mulheres em situação de violência doméstica não se limita ao tratamento das lesões deixadas pela violência física, vai além. O atendimento multiprofissional integrado e a articulação intersetorial dos serviços é fundamental para que a assistência não ocorra de maneira fragmentada, voltada às necessidades biopsicossociais em separado[16]. Essa integração entre profissionais e serviços, torna-se imprescindível quando se trata de um problema complexo como é a VDCM.

Os serviços que os enfermeiros citaram como sendo de apoio no enfrentamento da VDCM foram a Brigada militar e o NASF. Talvez o pensamento de que essa problemática seja de responsabilidade da esfera de segurança pública levou os enfermeiros a considerarem indispensável a presença da polícia para a continuidade e resolução dos casos. O NASF é referenciado pelos enfermeiros como um serviço de extrema importância no atendimento às mulheres em virtude dos demais profissionais que ali desempenham suas funções. Reconhecem que esse núcleo os auxilia a garantir o atendimento integral à mulher, bem como a realização dos devidos encaminhamentos[21].

Em relação aos serviços que compõem a rede de apoio, foi citado o "Disque 100". Cabe esclarecer que este é um serviço que recebe denúncias sobre situações de transgressão de direitos humanos de crianças, adolescentes, pessoas de todas as faixas etárias e condições

sociais, dentre elas as pessoas em restrição de liberdade e situação de rua, etc. Não é específico para casos de violência doméstica contra a mulher, ficando então a cargo da Central de Atendimento à Mulher, conhecido como "Ligue 180". Esse é um serviço de utilidade pública, gratuito e confidencial, cujo objetivo é receber denúncias ou relatos de violência, além de orientar as mulheres sobre seus direitos, encaminhando-as para os serviços especializados quando necessário[22].

É indispensável que os enfermeiros conheçam os recursos existentes e as instituições sociais de apoio às mulheres em situação de violência para que possam orientar a elas. Um estudo revelou que os enfermeiros buscam possibilitar o exercício de poder das mulheres em situação de violência encaminhando-as para o assistente social do NASF, pois reconhecem que esse profissional se encontra melhor preparado para atendê-las e realizar os devidos encaminhamentos[23].

Neste estudo, os enfermeiros deixaram transparecer que os momentos de compartilhamento de saberes, como os grupos, são fundamentais para que possam dialogar não somente com as mulheres em situação de violência, mas também com todos os indivíduos que deles participam. Em discordância, um estudo revelou dificuldades para desenvolver o trabalho em equipe multiprofissional[24].

Considerando que, desde o nascimento e durante toda vida, as pessoas estabelecem relações interpessoais e constroem redes de apoio formadas pela família, amizades, colegas de trabalho ou de escola e instituições como os serviços de saúde, essas relações atuam como fator de proteção à vida dos indivíduos. Esse suporte oferecido pelas redes influencia de forma positiva a vida das pessoas[25]. A família é a primeira instância da rede social a ser procurada frente a algum problema, sendo o principal dispositivo de apoio ou de fortalecimento do medo e da vergonha em denunciar. No entanto, por vezes a família oferta um apoio limitado, sendo necessário recorrer a outros componentes dessa rede[25]. Algumas situações, dentre elas a VDCM, podem limitar e até mesmo prejudicar essa interação modificando e afastando o indivíduo de sua rede. Mulheres que usufruem de uma rede de apoio social sofrem menos violência doméstica[5].

É nesse momento que o apoio advindo dos profissionais de saúde se mostra relevante. Por isso, acredita-se que os enfermeiros que utilizam a parresía, ou seja, da coragem de falar a verdade, fornecem melhores subsídios para que essas mulheres transformem suas vidas. Nesse sentido, a parresía se apresenta como mais um dispositivo de poder que os enfermeiros podem utilizar para auxiliar e fornecer às mulheres instrumentos para que possam reequilibrar o exercício de poder dentro das relações conjugais.

São os processos de subjetivação e objetivação que possibilitam ao sujeito tornar-se objeto de conhecimento. A subjetivação ocorre com a percepção do sujeito na relação com o objeto, como ele se percebe. A objetivação diz respeito ao modo como o sujeito torna-se objeto para o conhecimento, sendo estes, processos complementares[26]. Como a mulher compreende a violência e as relações de poder dentro da relação conjugal a leva a uma compreensão da natureza da VDCM como sendo "natural" ou não, a leva a formação do seu modo de ser "sujeito", de assujeitar-se, do seu modo de ser, de pensar e se comportar.

Considerações finais

O enfermeiro pode e deve fazer uso dos dispositivos de poder que tem disponível para auxiliar as mulheres na transformação das situações de VDCM vivenciadas. O empoderamento das mulheres em situação de violência por parte dos enfermeiros contribui para que possam se perceber como mulheres de direitos e poderes, o que não significa dizer que devam pôr um fim na situação conjugal.

Nesse sentido, foi possível identificar que os enfermeiros, atuantes na UBS, usam dispositivos de saber/conhecimento e dispositivos administrativos e institucionais. Os primeiros se relacionam com as formas pelas quais os enfermeiros compartilham informações com as mulheres e, os segundos estão ligados a programação das Unidades referentes as atividades a serem desenvolvidas voltadas para o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher.

Por vezes, sozinha a mulher não consegue engendrar mudanças em sua vida quiçá, perceber-se violentada. No entanto, ela procura a UBS quando sente a necessidade de "cura" para o que está sofrendo. Mesmo silenciada pelos estigmas sociais que a VDCM gera, como o de mulher culpada, desobediente, rebelde, ela busca uma solução para aquilo que a aflige. Por isso, os enfermeiros necessitam desenvolver uma maior sensibilidade para atender, para acolher, para detectar os casos de VDCM. Não cabe ao profissional julgar a culpabilidade, mas sim assistir a quem precisa dele, naquele momento.

A enfermagem é uma profissão que pode gerar transformações sociais uma vez que está sempre engajada em ações que visam a promoção da saúde. Auxiliar as pessoas para que deixem de ser coadjuvantes e se tornem atores sociais, atores de mudanças e transformações, atores de suas vidas e sua saúde é papel dos enfermeiros também. É hora de atuar na promoção, na criação de "sujeitos de transformação", de atores sociais a fim de transformar as realidades, quer sejam sociais ou assistenciais. O enfermeiro é capacitado para tal, só precisa exercer o seu poder.

Acredita-se que o possibilitar o exercício de poder por parte da mulher influencia em todas as relações que ela mantém, sendo conjugal ou não. Tendo em vista o exposto, a simetria de poder nas distintas relações (sociais e conjugais) confere a mulher um maior respeito no que concerne ao seu papel de cidadã de direitos. Muito se tem feito para o enfrentamento da VDCM. Esforços tem sido empregado em distintos setores, com interface nesse problema, na tentativa de que as ocorrências dessa chaga diminuam.

Referências

1 Costa MC da, Lopes MJM, Soares JSF. Representações sociais da violência contra mulheres rurais: desvelando sentidos em múltiplos olhares. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(2):214-22.

2 Souza MC, Mendes GFR, Lima SDLM, Santana JMAMP, Oliveira MBB de, Silva JS da. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) e a Lei Maria da Penha. Revista Âmbito Jurídico. Caderno Internacional. 2014. [citado em 26 out 2018] Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7874#

3 Gomes NP, Erdmann AL. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da "Estratégia Saúde da Família": problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 22(1): 76-84.

4 Leite MTS, Figueiredo MFS, Dias OV, Vieira MA, Souza e Souza LP, Mendes DC. Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014, vol.22, n.1, pp. 85-92.

5 Lucena KDT, Vianna RPT, Nascimento JA, Campos HFC, Oliveira ECT. Association between domestic violence and women's quality of life. Rev Lat Am Enfermagem. 2017; 25:e2901.

6 Giraldo SLH, Ballén MNR. Vivencias e imaginarios femininos que naturalizan la violencia intrafamiliar. Index de enfermería. primer-segundo trimestre 2014, vol. 23, n. 1-2.

7 Foucault M. A Arqueologia do Saber. 7 ed. Trad. Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

8 Dias EFP. A constituição da ética do cuidado de si e a prática da parresía em Michel Foucault. 2015. Dissertação de Mestrado em Filosofia. FAJE – Faculdade Jesuíta de Filosofia e Teologia. Belo Horizonte.

9 Foucault M. O sujeito e o poder. In: Dreyfus H, Rabinow P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

10 Foucault M. Sobre a história da sexualidade. In: Foucault M. Microfísica do poder. 26. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2008. p. 243-276.

11 Foucault M. Discourse and Truth: the Problematization of Parrhesia. 1999.

12 Moraes R, Galiazzi M. C. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. Ciência & Educação. 2006; 12(1):117-128.

13 Moraes R, Galiazzi MC, Ramos MG. Aprendentes do aprender: um exercício de análise textual discursiva. Indagatio Didactica. 2013; 5(2): 868-883. Disponível em: < http://repositorio.furg.br/handle/1/4462>. Acesso em: 17 dez 2019.

14 Rodrigues WFG, Rodrigues RFG, Ferreira FA. Violence against women within a biopsyocial context: a challenge for the nursing professional. Revista enfermagem UFPE. 2017; 11 (4): 1752-58. Doi: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i4a15247p1752-1758-2017

15 Gonzáles GC, Bejarano CR. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. Enfermería Global. nº 33. Enero 2014.

16 Acosta DF, Gomes VLO, Oliveira DC, Marques SC, Gomes GC. Cuidado à mulher em situação de violência doméstica: representações de enfermeiras(os) hospitalares. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2017. [citado em 30 nov 2018] Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.42471

17 Viviescas-Vargas DP, Idrovo AJ, López-López E, Uicab-Pool G, Herrera-Trujillo M, Balam-Gómez M, *et al*. Cobertura efectiva del manejo de la violencia contra mujeres en municípios Mexicanos: límites de la métrica. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(4):781-7. [citado em 20 dez 2018] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0781.pdf

18 Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Violence against women and care practice in the perception of the health professionals. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1): 229-37.

19 Freitas RJM, Sousa VB de, Costa TSC, Feitosa RMM, Monteiro ARM, Moura NA de. Atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher. HU Revista, Juiz de Fora. 2017; 43(2):91-97.

20 Zuchi CZ, Silva EB da, Costa MC da, Arboit J, Fontana DGR, Honnef F, et. al. Violência contra as mulheres: concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da escuta. Rev Min Enferm. 2018; 22:e-1085. Available from: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1223

21 Brasil. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2018. [citado em 12 out 2018] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php

22 Brasil. Disque 100. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. 2019. [citado em 17 dez 2019]. Disponível em: https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/disque-100-1

23 Pereira-gomes N, Erdmann AL, Rebouças-Gomes N, Silva-Monteiro D da, Santos RM dos, Menezes-Couto T. Social support to women in situation of domestic violence. Rev. salud

pública. 2015; 17 (6): 823-835. [citado em 2 nov 2018] Disponível em: http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n6/v17n6a01.pdf

24 Gomes MC, Lira MOSC, Vieira MCA, Sarmento SS, Florentino IL. Violência contra a mulher: compreendendo a atuação interdisciplinar. Rev enferm UFPE on line. 2017; 11(12):5245-51.

25 Oliveira CS, Delziovo CR, Lacerda JT. Redes de atenção à violência. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 40 p. 2014.

26 Foucault M. "A ética do cuidado de si como prática da liberdade." In: Ética, sexualidade e política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

6.4 Artigo 3 – **Journal of Interpersonal Violence**

Dispositivos de poder empregados por homens na violência doméstica contra a mulher: perspectiva de enfermeiros

Resumo

Objetivo: conhecer os dispositivos de poder empregados pelos homens na ocorrência da violência doméstica contra a mulher, na perspectiva de enfermeiros da Atenção Básica. **Metodologia**: Pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória realizada com 20 enfermeiros de 13 Unidades Básicas de Saúde de um município do sul do Brasil. As entrevistas foram gravadas entre abril e junho de 2018 e tratadas à luz da Análise Textual Discursiva sobre a ótica foucaultiana. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local sob o Parecer nº 36/2018 e C.A.A.E: 81965918.5.000.5324. **Resultados**: Após análise emergiram duas categorias intituladas "dispositivos não materiais" e "dispositivos materiais". Na primeira são apresentadas a cultura e a criação dos filhos em uma sociedade machista, a construção de gênero e a naturalização da violência como dispositivos não materiais utilizados pelo homem para manutenção do exercício de poder dentro das relações conjugais. Na segunda, o uso de substâncias psicotrópicas e a dependência financeira da mulher ao agressor foram os dispositivos materiais citados pelos enfermeiros. **Conclusão**: A justificativa da violência doméstica contra mulher, muitas vezes, se camufla sobre a realização de uma ação educativa ou punitiva para corrigir um comportamento da mulher considerado, pelo homem, como errôneo. Constatou-se que os enfermeiros identificam que são empregados dispositivos de poder materiais e não materiais para a manutenção do poder dentro dos relacionamentos. Todavia, as ações de enfrentamento da violência não podem manter seu foco exclusivamente nas mulheres devido ao risco de permanecer irresoluta. Assim, os homens precisam ser

incluídos nas intervenções, uma vez que a situação de violência doméstica constitui uma das formas de exercício desigual de poder.

Descritores: Violência contra a mulher. Violência doméstica. Relações de poder. Gênero e saúde. Práticas profissionais

Introdução

A violência doméstica contra a mulher, também conhecida como violência baseada no gênero, é um constructo social que põe em evidência as relações de poder e se encontra arraigada na diferença entre os papéis sociais de homens e mulheres. Nela, o homem busca exercer o poder sobre a mulher com a intenção de dominá-la e controlá-la[1]. É uma manifestação de relações desiguais de poder entre homens e mulheres, fruto da educação machista que a sociedade patriarcal perpetua ao longo dos séculos.

O poder não representa algo que se possui ou não. É um constructo sócio histórico que só se exerce e só existe em ação[2]. Exercer o poder significa agir sobre a ação dos outros, sem necessitar de consentimento, sem renunciar à liberdade ou transferência de direitos. É uma forma de influenciar os outros a agirem da forma que se deseja, tendo-se uma intenção final. Nesse sentido, o exercício do poder pode limitar ou ampliar o modo de agir do outro, consistindo em um conjunto de ações sobre ações possíveis[3].

O desequilíbrio do exercício de poder nas relações conjugais, que confere aos homens o papel de dominador e às mulheres de dominadas[1], acaba, muitas vezes, resultando na violência contra elas. Essa distinção social é responsável pela obediência feminina ao homem, e pelo poder masculino sobre a mulher[4].

No imaginário masculino, a insubordinação feminina rompe com os padrões sociais da supremacia masculina. Muitos homens se sentem possuidores das mulheres, acreditando ter controle sobre a vida de suas companheiras[5]. Ao pensar a violência doméstica contra a mulher

sobre o prisma das relações de poder, percebe-se que as formas de subordinação às quais elas são submetidas tratam-se, de forma ampliada, de dispositivos de exercício de poder focados na violência e na contínua condução de condutas. Assim, o homem faz uso de dispositivos de poder para que a mulher possa agir da forma que ele deseja, obedecendo-lhe.

Os dispositivos se constituem nos meios utilizados para se alcançar o objetivo desejado em uma relação de poder. Eles designam a maneira pela qual o sujeito tenta ganhar vantagens sobre o outro, os meios que ele utiliza para privar o outro de suas "armas" de combate, a fim de que a luta lhe seja impossível. À medida que o sujeito avalia o alcance ou não de seu objetivo, ele pode substituir, excluir, rearticular os dispositivos que estão sendo empregados a fim de alcançar o que deseja[2].

Nesse sentido, o agressor pode utilizar distintos dispositivos para limitar o exercício de poder da mulher, privando-a dos seus meios de resistência e combate, levando-a gradualmente a estados de dominação em que a desistência de lutar é a consequência mais imediata. Assim, dificultando a reversão da situação vivenciada e levando-a a agir da forma que ele deseja, obedecendo-lhe e sendo submissa, limitando suas condutas e modelando sua subjetividade. Tais ações, em seus microespaços de ocorrência, atuam como dispositivos a influenciar os outros a agirem da forma que se deseja. Analisar o poder nas relações exige que sejam investigadas as estratégias de poder desenvolvidas, os dispositivos empregados pelo opressor[2].

Nas relações em que há o exercício de poder, não há uma vítima, mas sim uma pessoa que se encontra com menores chances de exercício de poder devido a uma relação desequilibrada de exercício de poder. Apesar das relações de poder apresentarem um caráter de opressor e oprimido, elas exibem uma diferença crucial entre os envolvidos na relação que é a capacidade, a habilidade, a técnica, o dispositivo que utilizam para exercer seu poder sobre o outro de forma que este último ao tentar exercer sua conduta não consiga ter o mesmo

potencial que o outro e acabe mais sofrendo ação do que exercendo seu poder[3]. A vitória de um dos sujeitos na relação de confronto só é alcançada quando os dispositivos utilizados por um deles geram estabilidade constante da conduta do outro[2].

Os dispositivos utilizados no exercício do poder podem ser materiais ou não; dentre eles, destaca-se os sistemas de vigilância, ameaça das armas, o controle do outro, coação por efeitos de palavras[7]. Como instrumentos "não materiais" podemos considerar a violência psicológica e a moral que visam prejudicar a saúde psíquica da mulher. Cita-se, ainda, o constructo de papéis sociais e a cultura, que moldam os padrões de comportamento a partir da naturalização do exercício do poder desigual, de homens sobre mulheres. Quanto aos instrumentos "materiais", pode-se considerar as formas de violência física, sexual e patrimonial. As duas primeiras prejudicam diretamente a integridade física da mulher enquanto a patrimonial objetiva a destruição de seus bens materiais[8] cujo objetivo pode ser a demonstração de poder. O uso de substâncias psicotrópicas, lícitas ou ilícitas, bem como a dependência financeira da mulher são considerados dispositivos materiais de manutenção de poder.

Esses dispositivos de poder implicam na ocorrência da violência doméstica. Destaca-se que quanto mais a mulher necessita de atendimento de saúde, maior é a probabilidade de ela estar envolvida em situações de violência doméstica[1], sob ação desses dispositivos. Ao procurar o serviço, os enfermeiros devem acolher a mulher sem julgá-la, de modo a transformar esse encontro em um momento de aproximação e escuta para que, possivelmente, as mulheres revelem que estão vivenciando violência conjugal. É durante o acolhimento que as mulheres devem receber os mais diversos tipos de orientações que poderão auxiliar no enfrentamento da violência[1].

Acredita-se que a atenção básica constitui a primeira opção, das mulheres que sofrem violência doméstica, para garantia de sua proteção. Assim, os enfermeiros são os primeiros a

prestarem os cuidados à mulher violentada e o acolhimento, por sua vez, constitui um momento em que as mulheres relatam a vivência de violência conjugal elucidando aos profissionais os dispositivos utilizados pelos companheiros para efetivação da mesma. A partir da identificação do dispositivo utilizado pelo homem, o enfermeiro pode intervir de modo a auxiliar a mulher na transformação da realidade vivenciada a partir do exercício do poder.

Exposto isso, objetivou-se conhecer os dispositivos de poder empregados pelos homens na ocorrência da violência doméstica contra a mulher, na visão de enfermeiros da Atenção Básica.

Metodologia

Pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória realizada em 13 Unidades Básicas de Saúde de um município do sul do Brasil. Destaca-se que em algumas unidades haviam mais de uma profissional enfermeiros atuando. Portanto, participaram 20 profissionais que atenderam aos critérios de ser enfermeiro(a), atuar na Atenção Básica, tempo de atuação na unidade de saúde de, no mínimo, seis meses.

A coleta dos dados ocorreu entre abril e junho de 2018. Para tal, procedeu-se à entrevista semiestruturada, gravada após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, em sala reservada, na própria unidade, com duração média de 29 minutos. Os áudios foram transcritos na íntegra e inseridos no *software NVivo*, utilizou-se a Análise Textual Discursiva, sob a ótica do referencial filosófico foucaultiano. A fim de garantir o anonimato dos participantes, utilizou-se a letra maiúscula da categoria profissional (E) seguida pelo numeral arábico sequencial.

O *NVivo* é um *software* que permite realizar análises qualitativas. A Análise Textual Discursiva consiste em uma abordagem de tratamento de dados que permite a reconstrução da

compreensão dos caminhos de produção da ciência, do objeto de pesquisa e de sua compreensão, da competência de produção escrita e do sujeito pesquisador. É composta por três etapas: unitarização ou desmontagem dos textos, categorização ou estabelecimento de relações e, por último a captação do novo emergente. Essa forma de análise cria espaços de reconstrução de significados dos fenômenos investigados (MORAES, GALIAZZI, 2006).

Utilizou-se como referencial filosófico Michel Foucault, pois para o autor o exercício de poder é algo difuso em todos os microespaços, consistindo no agir sobre a ação dos outros sem necessitar de consentimento. Para tal, o homem faz uso de dispositivos de poder para que a mulher possa agir da forma que ele deseja, obedecendo-lhe (FOUCAULT, 1987).

Trata-se de um recorte da pesquisa intitulada "O exercício da parrhesia por enfermeiros da Atenção Básica no cuidado a mulheres em situação de violência doméstica", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local sob parecer 36/2018 e C.A.A.E: 81965918.5.000.5324.

Resultados

Após o tratamento dos dados emergiram duas categorias "dispositivos não materiais" e "dispositivos materiais". Na primeira, apresenta-se o constructo social de gênero e papéis sociais responsável pela distinção sexista entre responsabilidades e a concomitante naturalização da violência advinda dessa prática divisora. Na segunda, o uso de substâncias psicotrópicas considerado desencadeante para situações violentas.

Dispositivos não materiais

Nessa categoria são apresentados os dispositivos não materiais empregados pelos homens para manter assimétrico o exercício do poder dentro das relações conjugais. Dentre eles estão a cultura e a criação dos filhos em uma sociedade machista, a naturalização da violência devido ao androcentrismo, o constructo da distinção dos papéis sociais e o medo.

Em sua maioria, os enfermeiros referiram que a cultura e a criação dos filhos em uma sociedade machista são dispositivos utilizados pelos homens para manter o exercício do poder, de forma desigual, nas relações conjugais. Os enfermeiros, em seu cotidiano de trabalho, recebem mulheres que relatam terem sido obrigadas a manterem relações sexuais como parte de suas atribuições de esposa. Também muitas das mulheres que foram até a unidade, relataram o ocorrido, mas não realizaram a denúncia em função da dependência financeira ao agressor.

Eu acho que tem uma questão cultural de se sentirem, da sociedade inteira exaltar e colocar o homem como pai de família, o responsável, colocar como a figura central da família, o que é totalmente absurdo porque a mulher que é, porque através da mulher que se consegue acessar o restante da família [...] Acredito que o machismo ainda é intrínseco, tanto nos pais, mães, mesmo jovens [...] (E4)

[...] a questão da formação machista, a forma como esses homens foram criados até pelas próprias mães, então eu acho que isso interfere muito, às vezes nós não nos damos conta mas mães de meninos são formadoras de opinião, elas é que vão conduzir o comportamento daqueles meninos, se o comportamento machista. Porque muitas vezes na criação a mãe acaba influenciando e não percebe, que ela está formando uns "monstrinhos". (E9)

Acho que é uma questão cultural, de eu mando, eu faço, eu posso, eu sou mais forte, eu sou o cabeça, eu que dou a última palavra. (E14)

Para os enfemeiros, a naturalização da violência, a partir da vivência da violência intergeracional é consequência da sociedade falocrática que se tem ainda na atualidade. Presenciar situações violentas com mulheres da família (mães, irmãs e até mesmo com avós) parece, de certa forma, contribuir para que a violência de gênero permaneça velada no interior

dos domicílios, tornando-a constituinte das relações familiares, contribuindo para a dessensibilização das futuras gerações que descenderão dessas crianças criadas em lares violentos.

Eu acho que é a cultura, é a criação, muitos deles foram vítimas de agressão, ou foram vítimas da agressão do pai contra a mãe, se criaram vendo que aquilo era natural. Aqueles xingamentos, aquela postura machista, o sexismo, então eu acho que a criação, a cultura faz, e a violência que nós vivemos nesse mundo cruel, sem limites, sem valores, as pessoas não tem mais valores. Então acho que é a cultura sim, o ambiente, ele influencia muito. (E1)

[...] eu acho também um pouco é voltado pra criação, a questão de que foi criado num ambiente violento, na criação dele e sempre presenciou que a mulher não precisa ter a igualdade, cultural assim. (E3)

Percebe-se que a construção de gênero, com a distinção de papéis sociais, do que é inerente a homens e o que é de incumbência das mulheres, foi exposta pelos enfermeiros como um dispositivo de poder legalizado e legitimado pela sociedade patriarcal, para uso dos homens que objetivam manter o poder sobre as mulheres. Ao homem caberia todas as incumbências voltadas ao contexto social, enquanto à mulher o exílio e o confinamento do lar.

Eu acho que naturalmente o homem foi criado como superior, tanto em força física, quanto intelecto, nós temos uma sociedade machista. O homem sempre foi voltado para caça, para o recurso da família. A mulher para cuidar da família. Tanto é que a mulher que deseja não ter família, não ter filhos, não é considerada mulher. E o homem que não trabalha fora, que seja dono de casa, não é considerado homem, não provem o sustento da família. Então, eu acho que o homem ele é, nós culturalmente criamos o homem para ser o alicerce, e ele com esse poder, acredito que ele se sinta acima de tudo e de todos. [...] (E3)

[...] eu vejo que vem muito da forma como nós somos educados e criados no ambiente familiar muitas vezes. Então, o que eu vejo do pai do avô, vamos dizer assim se fosse um homem, nós crescemos com aquelas orientações de que a mulher é para isso, o homem é para aquilo, existe a força, ou então "mulher minha não pode fazer tal coisa, tem que ficar em casa bonitinha lavando, cuidando dos filhos" e isso mais, e usam da força física muitas vezes para exigir ou terminar com algum comportamento que para eles não está de acordo com o que eles consideram correto. (E11)

O medo também foi mencionado como um dispositivo de poder, não material, utilizado pelos homens para a manutenção assimétrica do poder dentro das relações conjugais. Para os profissionais, o medo é utilizado pelo homem para manter a mulher subjugada, obediente aos seus mandos, sem contestação. Enquanto a mulher acreditar que o homem fará tudo aquilo que ele narra, ela ficará sem reação, estática, sem empenhar esforços para reequilibrar o poder. O medo pode estar relacionado com a transformação de sua vida que pode advir da denúncia, caso realize. A mulher sente medo da independência nunca vivenciada, da responsabilidade por sustentar sozinha os filhos, por ter que tomar decisões por si própria, medo por acreditar que não é capaz de viver sem o algoz e de ser dona de sua vida.

Medo. Medo de sofrerem mais agressões, de não serem ouvidas, de não ter solução. Eu acho que o maior fator é o medo [...] (E9)

Por medo, eu acho que o medo vem, porque nós vemos até na televisão que não adianta ter medida protetiva, quando eles querem eles vão lá matam pegam espancam, fazem o que eles querem e infelizmente é assim mesmo, porque a medida protetiva quem está vigiando a medida protetiva? A própria mulher que é vítima. [...](E10)

Medo. Eu acho que o principal é isso, é o medo [...] muitas vezes o medo de denunciar e aí isso sim servir de forma mais agressiva ainda, porque o homem vai se sentir ameaçado e

vai juntar essa força que ele já usa contra a mulher dele para fazer ela de forma maior ainda. (E11)

Medo. Eu acho que basicamente é esse. Porque o que é que o agressor faz? Ele ameaça. Se tu contar eu te mato. Se tu contar eu pego tua filha, tua mãe. Então, a mulher acredita nisso, a mulher acredita e fica com medo. É claro que ele não vai fazer, mas ela acha que vai. Eu acho que é por isso que a mulher obedece. Provavelmente isso veio de relacionamento com os pais. (E17)

Dispositivos materiais

Nessa categoria são abordados os dispositivos materiais empregados pelos homens dentro das relações conjugais para manter assimétrico o exercício do poder. Dentre eles estão a dependência financeira e o uso de substâncias lícitas e ilícitas.

O efeito desencadeado pela substância psicoativa sobre o sistema nervoso acarreta alterações de humor e consciência, deixando o usuário desinibido e sem medo de cometer exageros. Além disso, o consumo dessas substâncias pode estar atrelado a desestrutura familiar. Por vezes ela é utilizada para a fuga da realidade quer seja para negação dessa desestrutura, quer seja causadora dela.

[...] Hoje em dia o que acontece muito [...] começa que os companheiros são usuários de drogas, então eles já ficam com uma instabilidade no humor, eles já ficam com alteração, começa a droga causar alterações neles. Então, a maioria da violência hoje em dia [...] está em torno do uso da droga. (E8)

[...] ele bateu nela mas, ele é usuário de álcool e drogas [...] (E12)

[...]Geralmente são pessoas que usam algum tipo de droga, seja álcool ou outro tipo de droga.[...] (E16)

[...]Eu acho que a falta de estrutura familiar é a grande vilã. É muita droga.[...] (E19)

A dependência financeira ao agressor também é um dispositivo de poder material utilizado pelos homens para exercerem o poder dentro das relações conjugais. Essa artimanha é usada para manter a mulher destituída de poder, uma vez que, sem meios para se manter, ela necessita do companheiro para alimentar a si e a sua prole. O acesso a alguns programas sociais de renda e auxílios não foge da morosidade do sistema social atual, dificultando a saída da mulher da situação de violência. Quando a mulher deseja realizar a denúncia, esbarra na questão de não ter um lugar para ir morar. Ela precisa contar com uma rede social que apoie e que forneça os subsídios necessários como, por exemplo, um lugar para ficar e suprimentos para sua alimentação e de seus filhos até que ela consiga uma forma de se manter.

[...] eu penso que mulher nenhuma tem que se sujeitar a finança do marido, do companheiro. Mas existem muitos casos assim. Honestamente eu não sei como num município, onde a gente tem uma taxa de desemprego muito grande, oportunidades de trabalho escassas, eu não vejo como sair de uma encurralada dessa. (E3)

[...] Claro que ela tem direito a pensão, claro que ela tem direito a tudo isso. Só que tudo isso é um processo longo, demora. Geralmente não é no primeiro mês. E, o que ela vai fazer nesse primeiro mês se ela não tiver apoio de familiares, amigos enfim que possam manter ela? O posto tenta ajudar nesse lado, mas eu não sei também qual seria a condição dela, com quem vai deixar os filhos para trabalhar, se consegue creche. É um outro mundo, é um outro universo bem mais complexo do que só a questão de saúde. (E4)

É complicado. Eu me coloco no lugar: ela vai na delegacia, dá parte e depois para onde vai? Tem que voltar pra casa! É difícil, quem é que vai te sustentar? Quem vai sustentar as crianças? Não tem para onde ir, é complicado. (E5)

[...]Qual é o apoio que ela teria da família? Quem ela poderia se aproximar para ajudar ela? Porque também sair sem nada e não ter o que fazer e filhos, com dificuldade de alimentação, fica complicado. [...] (E8)

[...] Elas têm que denunciar e se afastar deles, mas aí eu também penso: como que essa mulher vai viver se ela não tiver uma possibilidade de ganho financeiro de outra maneira? É buscar o apoio familiar se tiver. Pode ser que consiga, mas, às vezes, nem é a realidade. Às vezes é ela, o marido e os filhos. E aí esse marido vai ser preso porque ela denunciou e fica só ela e os filhos. Eu não sei, sou bem sincera, não sei que tipo de apoio uma mulher dessas que depende dele financeiramente recebe, no momento que ela denuncia ele. É muito complicado porque pensando no todo após a denúncia: "agora ela não tem dinheiro, tem os filhos para criar, não tem mais aquela pessoa que supria financeiramente, mas também ela não pode se permitir viver na violência". (E11).

Discussão

Os enfermeiros investigados referiram que os homens utilizam dispositivos de poder materiais e não materiais para manter o seu exercício de poder entro da relação conjugal. Como dispositivos materiais foram citados a dependência financeira da mulher ao agressor e o uso, por ele, de substâncias psicotrópicas, dentre elas o álcool e as drogas. Em relação aos não materiais, a cultura e a forma de criar os filhos foram mencionados como dispositivos utilizados pelos homens para manter o exercício do poder, de forma assimétrica, nas relações conjugais. O uso desses dispositivos pode ocorrer de maneira inconsciente visto que a distinção de papéis sociais, bem como as incumbências inerentes ao masculino e ao feminino parece estar inserido no imaginário social. Nesse sentido, pensar que os atributos de gênero valorizam o homem em relação à mulher, estabelecendo assimetrias de poder dentro das relações[1,4] é considerar que essa construção sociocultural histórica atua como um dispositivo

de poder que acarreta um desequilíbrio nas relações afetivas conferindo ao homem um poderio legitimado por uma sociedade patriarcal.

Ao atribuir a uma pessoa funções e papéis sociais de acordo com o seu sexo biológico, se está separando em lados opostos homens e mulheres. Aos homens caberia, então, realizar todos os atos perigosos, espetaculares, os papéis públicos, o poder, à autoridade e à chefia da família. À mulher, o papel de obediente, de procriadora, os afazeres domésticos, a obediência, a subordinação, os cuidados com o lar, a educação dos filhos, atividades voltadas ao espaço limitado e confinado do lar, trabalhos domésticos, privados e escondidos[1,9-10].

Essa segregação resulta no estabelecimento das relações de poder. É como se as diferenças sexuais imprimissem nos corpos a justificativa para a distinção social entre os gêneros e suas funções laborais[9]. Ressalta-se que o gênero não trata dessas diferenças biológicas entre masculino e feminino, mas ocupa-se com as relações sociais estabelecidas entre ambos devido às construções culturais desse conjunto de convicções acerca da masculinidade e feminilidade[11].

A VDCM representa, então, o resultado dos desequilíbrios no exercício do poder nas relações conjugais que confere aos homens o papel de dominador e às mulheres, de dominadas[1,10,12]. Muitas vezes a violência é empregada como uma forma de manter a submissão feminina nas relações matrimoniais.

O poder não pertence a alguém tampouco constitui algo que se possui. Só se exerce e só existe em ação[2]. O exercício do poder pode limitar ou ampliar o modo de agir do outro, consistindo em um conjunto de ações sobre ações possíveis[3]. Esse conjunto de ações denominado “dispositivo de poder” é empregado para moldar a conduta do outro de tal forma que ele haja como se deseja.

O gênero constitui um dos *lócus* em que o poder é articulado, contudo, não é uma posição fixa imposta aos sujeitos, mas sim uma forma de consolidar as relações de poder. A

desigualdade de oportunidades de exercício de poder nos distintos espaços sociais, bem como nas relações afetivas leva a subordinação feminina aos mandos masculinos[11]. Esta assimetria está relacionada com a distribuição desigual de poder entre o casal, o que pode desencadear situações cujo risco de um dos envolvidos machucar e ferir gravemente o outro é grande[12] resultando em violência.

Um estudo realizado com 384 adultos casados revelou a utilização de estratégias de influência entre os casais, justificadas pelos papéis dos gêneros. Elas são empregadas para obter os resultados desejados. Porém, verificou-se que as mulheres devem utilizar mais de estratégias para influenciarem seus maridos. Para os autores, mesmo quando parece haver simetria no exercício de poder dentro das relações conjugais, a autoridade do homem se sobressai em função das decisões cotidianas, ou seja, em virtude das questões de gênero e papéis sociais[13].

O exercício do poder não se encontra, então, atrelado aos recursos materiais, mas sim aos papéis sociais. Os homens se utilizam de estratégias originárias desse constructo e as mulheres, por sua vez, empregam táticas que compensam esse desequilíbrio de poder. O homem sabe que exerce o poder majoritariamente e isso acarreta que a mulher necessita utilizar mais as estratégias para reverter esse desequilíbrio de poder. O exercício de poder de decisão, por exemplo, está relacionado ao campo de domínio de cada um, por exemplo, a mulher exercerá o poder e decidirá sobre algo se isso estiver relacionado com o lar como, supondo, a compra de um móvel ou um eletrodoméstico novo. Entretanto, se a mulher deseja influenciar o companheiro na decisão que diz respeito a uma "área de domínio masculino" a negociação e a manipulação são vistas como fortes aliadas[13].

Alguns autores tentam explicar como ocorre essa influência de uns sobre os outros e referem cinco interfaces potenciais. A primeira seria através do "poder legítimo", situação em que um dos envolvidos exerce o controle sobre o comportamento do outro pois tem o

consentimento deste. No segundo caso o "poder de perícia" é desenvolvido porque o parceiro considera que o outro possui maior competências e conhecimentos para tal. O terceiro modelo é o "poder de referência" quando o alvo da influência se identifica com o outro. Quando um tem a possibilidade de distribuir recompensas ele exerce o "poder de recompensa" sobre o outro. E, por fim, o "poder coercivo" é exercido quando o outro considera que o parceiro tem o direito de lhe infligir castigos ou punições[13].

Ao pensar sob a ótica de Foucault, a disciplinarização e a punição são formas de produção de "corpos dóceis", ou seja, são dispositivos de poder utilizados para docilizar os corpos, manipular os sujeitos para que hajam da maneira que se deseja. São meios de se moldar, de se modelar a conduta das pessoas. O sujeito é, então, treinado, adestrado para obedecer e agir da maneira que se deseja. É dessa maneira que se fabricam os corpos "dóceis", obedientes[14]. Observa-se o emprego da estratégia de manipulação para se conseguir moldar o comportamento do outro.

O poder disciplinar, ou disciplina, objetiva produzir corpos dóceis e úteis para que funcionem da forma que se deseja, porém não se trata de corpos que façam o que eles próprios desejam[14]. No que concerne a VDCM, pode-se inferir que a disciplina começa desde o momento do nascimento ou talvez até antes. É ensinada e aprendida, de forma "natural", fazendo com que meninos e meninas incorporem as diferenças sexuais dos papéis sociais[9].

Foucault afirma a existência de práticas que, arraigadas nas relações de poder social, encontram-se orientadas à disciplinarização dos corpos[14]. A maioria dos casos de violência viril encontra-se fortemente relacionada com o fato de o agressor crer que a mulher não apresenta o padrão de comportamento por ele considerado ideal[5,15]. A partir da disciplina é que se desenvolve o controle dos corpos bem como as atividades exercidas por eles[14]. Entretanto, a disciplina não é uma forma de dominação que restringe, pelo contrário, ela o conduz a uma tal obediência que o sujeito age como se fosse por iniciativa própria.

Baseados na subalternidade e subserviência feminina, muitos homens adotam a violência como uma forma de punir, de corrigir o comportamento por eles considerado incorreto. O direito da mulher de decidir e fazer escolhas é compreendido como um comportamento errôneo que deve ser penalizado[15].

Algumas mulheres reconhecem que essa interiorização do poderio masculino é fruto de uma vivência que tiveram desde o nascimento, uma vez que sempre estiveram submetidas aos mandos de algum homem, primeiramente do pai, depois dos maridos. Outras mulheres, por naturalizarem a submissão, não se percebem mergulhadas em situações de violência e desrespeito aos seus direitos e desejos. Elas acreditam estar vivenciando algo normal nas relações entre marido e mulher[16]. É como se a violência de gênero fosse constitutiva das relações conjugais e socialmente aceitável.

Entretanto, Foucault refina a inexistência da relação de poder sem resistência e afirma que "toda relação de poder implica, então, pelo menos de forma virtual, uma estratégia de luta [...]"[2:248]. Não existe exercício de poder sem possibilidade de luta, de reação, de contraposição de forças. Ressalta-se que a dominação não constitui a essência do poder, porém toda estratégia de confronto almeja transformar-se em relação de poder que, por sua vez, sonha em tornar-se estratégia vencedora[2].

O medo também foi referido como um dispositivo de poder não material empregado pelos homens para manter o desequilíbrio do poder frente à sua companheira. Muitas mulheres não denunciam seus agressores devido ao medo, a vergonha, a situação financeira, a dependência emocional e afetiva, os papéis sociais assumidos, o constrangimento de ter sua vida exposta, dentre outros[17]. O medo impede que as mulheres busquem romper com o ciclo da violência.

Os enfermeiros entrevistados citaram como um dos dispositivos de poder material utilizados pelos homens o uso de drogas psicoativas, lícitas e ilícitas. A drogadição altera as

funções sensoriais dos usuários o que pode desencadear situações de VDCM. O uso de drogas lícitas, em especial o álcool, consiste em um dos fatores que induzem a agressão[4,18]. Em determinadas situações, os efeitos que o álcool produz no organismo humano são utilizados para justificar o comportamento agressivo do homem sobre a sua parceira[4,19]. Em relação às drogas ilícitas, a cocaína e o crack, também são apontados como desencadeadores da violência. Do mesmo modo que o álcool, o consumo dessas substâncias também é usado para explicar a conduta agressiva. Tanto drogas lícitas quanto ilícitas alteram os níveis sensoriais reduzindo as inibições promovendo, assim, a ocorrência de violência. Ressalta-se que a violência tenha se efetivado pelo fato de o usuário não aceitar que sua companheira se intrometa em seus hábitos relacionados à drogadição[4].

Existem algumas situações que proporcionam a uns agirem sobre os outros, nesse caso homens agirem sobre as mulheres. Essas diferenças atuam como condições facilitadoras (ou não) para o exercício do poder, podendo-se citar: diferenças econômicas e socioculturais e o status social[7]. Apesar do grande percentual de famílias lideradas por mulheres, uma parcela significativa da população brasileira acredita que o homem é o "soberano" da família. Essa situação, arraigada na visão de família patriarcal, confere ao homem o título de chefe da família[5].

Imperceptível, muitas vezes, aos olhos femininos, a exigência, pelo homem, de dedicação exclusiva dela ao lar, fazendo suas "tarefas de mulher", constitui uma forma, sutil, de violência. Essa modalidade de violência se esconde, algumas vezes, sob a aparência enganadora de "segurança" do status de "mulher casada"[12]. Entretanto, algumas formas de controle não necessariamente são vividas como imposição, sendo aceitas pelas mulheres, que assim se sentem asseguradas nas suas identidades de "mulher casada", pode-se citar aqui a dependência financeira.

Para que as mulheres consigam romper o ciclo de violência é imprescindível assegurar a elas a inclusão no mercado de trabalho e condições de moradia além da inserção em diversos programas governamentais como, por exemplo, transferência de renda, de acesso à creche e/ou educação básica, de habitação popular, dentre outros[17].

Pensar que a mulher é um sujeito livre seria uma contradição do ponto de vista que um sujeito é alguém que se sujeita ou está sujeitado a algo, porém Foucault[20] afirma que mesmo sendo "sujeito" qualquer pessoa possui um campo de possibilidades para transformar condutas e comportamentos. Resgatando que o poder encontra-se espalhado por todo campo social e que ele só se exerce sobre sujeitos livre, então a liberdade também está em todos os lugares e pertence a todas as pessoas. Se não fosse assim, seria desnecessário o exercício do poder.

Considerações finais

A VDCM não é um fenômeno recente, possui um caráter sócio histórico ideológico que persiste no tempo. Atinge todas as faixas etárias, povos, culturas e classes sociais. Fundamentada nas desigualdades das relações de poder, ela ocorre quando o homem exerce maior poder dentro da relação conjugal sendo denominada de violência de gênero. Sua justificativa, muitas vezes, se camufla sobre a realização de uma ação educativa ou punitiva para corrigir um comportamento da mulher considerado, pelo homem, como errôneo.

Observou-se que são empregados dispositivos de poder materiais e não materiais para a manutenção do poder dentro das relações conjugais. A cultura e a construção de papéis sociais em uma sociedade machista constituem dispositivos não materiais fortes para a modelagem da conduta feminina da maneira que o homem deseja. Eles utilizam-se de estratégias que influenciam as mulheres a agirem da forma como eles julgam ser correta. Contudo, essa influência ocorre de maneira tão sutil que o sujeito que está sendo influenciado, ou seja a

mulher, nem percebe que seu comportamento está sendo moldado de tal forma a agir conforme o influenciador deseja, levando-a pensar que está agindo da forma que ela quer. Essa é uma forma de manipulação, um dispositivo para o exercício do poder.

O medo, dispositivo não material, pode estar relacionado com a crença de que o agressor pode lhe causar danos mais intensos caso ela o denuncie. Ele, por sua vez utiliza-se dessa artimanha para conseguir fazer com que a mulher aja da maneira que ele deseja e que acredita ser a correta. Porém, a transformação da realidade, por vezes, também gera medo nas mulheres. Medo de desfrutar de uma independência nunca vivenciada, de serem donas de suas vidas, responsáveis pelas suas escolhas, decisões e criação dos filhos. Muitas mulheres sempre estiveram submetidas aos mandos de algum homem, primeiramente, o pai que mandava depois os maridos.

Quanto aos dispositivos de poder materiais, o uso de substâncias psicotrópicas foi referido pelos participantes como sendo um dos meios que os homens utilizam para exercer o poder dentro da relação conjugal. Sob o pretexto que estão sobre o efeito da droga, eles violentam suas companheiras empregando tipificações distintas de violência.

Ao analisar os dispositivos de poder citados pelos enfermeiros como sendo de uso dos homens agressores percebe-se que o desequilíbrio no exercício do poder dentro das relações conjugais é uma realidade que confere às mulheres posições de subordinadas em relações aos homens. O entendimento dos enfermeiros acerca das relações desiguais de poder entre homens e mulheres se configura como um instrumento capaz de contribuir para uma assistência mais eficaz à mulher em situação de violência.

Todavia, as ações de enfrentamento da violência não pode manter seu foco exclusivamente nas mulheres devido ao risco de permanecer irresoluta. Urge que os homens sejam incluídos nas intervenções uma vez que a situação de violência doméstica constitui uma das formas de exercício desigual de poder envolvendo-a e seu companheiro.

No desenvolvimento da pesquisa, encontraram-se algumas limitações, como à restrição territorial para a coleta de dados, a diminuta amostra de enfermeiros de uma única região no sul do Rio Grande do Sul, o pouco tempo de atuação profissional na Unidade de lotação em virtude de contratos temporários para suprir a falta de profissionais. Salienta-se a importância dessa investigação, pois a produção científica, nacional e internacional, relacionada a temática ainda é reduzida ou até mesmo inexistente revelando a necessidade de maiores investigações acerca dos dispositivos de poder utilizados pelos homens para manutenção da assimetria de poder dentro das relações conjugais, na visão de enfermeiros da Atenção Básica, em diferentes contextos, frente a situações de violência doméstica de modo a contribuir para a transformação da realidade das mulheres que a vivenciam. Distintos resultados podem ser encontrados considerando-se outras realidades.

Referências

Acosta DF, Gomes VLO, Fonseca AD, Gomes GC. Violência contra a mulher por parceiro íntimo: (in) visibilidade do problema. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1): 121-7. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001770013

Bourdieu P. *A dominação masculina*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. *Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher*. Brasília. 2006.

Brito CMD de, Caro CC, Amaral LM. Sociocultural aspects and violence in depressed women. *Cienc Cuid Saude*, 2015. 14(1):861-869. DOI: https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i1.19542

Camargo WX; Kessler CS. Além do masculino/feminino: gênero, sexualidade, tecnologia e performance no esporte sob perspectiva crítica. *Horizontes Antropológicos [Online*], 2017. 23(47):191-225. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832017000100007

Costa RG, Madeira MZA, Silveira CLH. **Relações de gênero e poder: tecendo caminhos para a desconstrução da subordinação feminina**. 17º Encontro Nacional da Rede Feminista e Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero > 17º Encontro Nacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero. 2012. Disponível em: http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/17redor/17redor/paper/view/56 Acesso em 26 out 2019.

Data Senado. *Aprofundando o olhar sobre o enfrentamento à violência contra as mulheres*. Brasília: Senado Federal. Observatório da Mulher Contra a Violência. 2018. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/arquivos/conhecer-direitos-e-ter-rede-de-apoio-sao-pontos-de-partida-para-denunciar-agressao-e-interromper-ciclo-de-violencia Acesso em: 18 nov 2019.

Foucault M. *Genealogia e poder*. Curso do Collège de France, 1976. In: Foucalt M. Microfísica do poder. São Paulo: Graal.

Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 27. ed. Tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis: Vozes, 1987.

Foucault M. *O sujeito e o poder*. In: Dreyfus H, Rabinow P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

Foucault M. *A ética do cuidado de si como prática da liberdade*. In: Ética, sexualidade e política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

Foucault M. *Sobre a história da sexualidade*. In: Foucault M. Microfísica do poder. 26. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2008. p. 243-276.

Giraldo SLH, Ballén MNR. Vivencias e imaginarios femininos que naturalizan la violencia intrafamiliar. *Index de enfermerí*a. primer-segundo trimestre 2014, vol. 23, n. 1-2. DOI: http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100006

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. *Atlas da violência 2016*. 2016. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160322_nt_17_atlas_da_violencia_2016_finalizado.pdf Acesso em: 27 nov 2018

Lírio JGS, Pereira A, Gomes NP, Paixão GPN, Couto TM, Ferreira AS. Elements which precipitate conjugal violence: the discourse of men in criminal prosecution. *Rev Esc Enferm USP*, 2019. 53:e03428. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017036203428

Lucena KDT, Vianna RPT, Nascimento JA, Campos HFC, Oliveira ECT. Association between domestic violence and women's quality of life. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017; 25:e2901. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1535.2901

Organização das Nações Unidas - ONU. *Human Development Report 2016: Human Development for Everyone*. Estados Unidos. 2017. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf Acesso em: 27 nov 2018.

Poeschl G. Power Relations between Spouses and Social Representations of Influence Strategies amongst Couples. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 2016; (111):109-32. DOI: https://dx.doi.org/10.4000/rccs.6482

Rabinow P, Dreyfus H. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

Santos MS, Macena RHM, Mota RMS, Souza WM Sousa JEP, Cavalcante FWS, Câmara KJC. Fatores associados ao uso do álcool entre homens autores de violência por parceiro íntimo no Ceará. *J Health Biol Sci*, 2019. 7(4):341-350. DOI: http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v7i4.2677.p341-350.2019

Silva EB da, Padoin SMM, Vianna LAC. Violence against women and care practice in the perception of the health professionals. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015. 24(1): 229-37. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015003350013

6.5 Artigo 4 - **REBEN**

ARTIGO DE PESQUISA

Fatores que interferem no exercício da parresía no cuidado à mulher em situação de violência doméstica

RESUMO

Objetivo: Identificar os fatores que interferem no exercício da parresía, por enfermeiros, na atenção primária nas situações de violência doméstica. **Método:** Estudo qualitativo, descritivo. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada, inseridos no *Software NVivo* versão 11, tratados à luz da Análise Textual Discursiva, alicerçado no pensamento filosófico de Foucault, pois se mostra adequado para trabalhar as questões de violência contra a mulher devido à sua amplitude e abrangência. **Resultados:** Foram entrevistados 20 enfermeiros atuantes em 13 Unidades de Saúde. Formaram-se quatro categorias analíticas: "O exercício da parresía frente à violência sem evidências físicas", "O exercício da parresía frente à violência corporificada", "O exercício da parresía frente à presença do agressor" e "O exercício da parresía e os fatores interferentes". **Considerações finais:** Dialogar de forma aberta com as mulheres explicando-lhes as interfaces da violência, fornecendo-lhes informações claras e concisas é exercer a parresía.

Descritores: Violência contra a mulher; Ética; Cuidados de Enfermagem; Acolhimento; Enfermagem.

Descriptors: Violence against women; Ethic; Nursing care; Reception; Nursing.

Descriptores: Violencia contra la mujer; la ética; Cuidados de Enfermería; albergar; enfermeira.

INTRODUÇÃO

Superar a violência doméstica não significa a separação do casal[1]. Ela pode ocorrer a partir da compreensão, da mulher, acerca dos mecanismos envolvidos na situação violenta que, em posse desse entendimento, pode construir estratégias de enfrentamento da violência dentro de seu lar, cotidianamente[2]. Por vezes a mulher não deseja que sua união acabe. Ela almeja não mais ser violentada[1,3].

O desejo pelo enfrentamento da violência revela o otimismo e a capacidade de responder às adversidades de forma positiva. Mulheres resilientes são mais flexíveis e lidam com as situações utilizando recursos que possuem dentro de si mesmas. Empreender

estratégias focadas na resolução do problema resulta em uma menor carga de estresse e maior possibilidade de sair mais forte do problema[2].

Lutar pelo fim da violência representa uma não aceitação do *status quo*, um repúdio a uma cultura machista-patriarcal que responsabiliza a mulher pela vida doméstica e familiar. A desigualdade de oportunidades de exercício de poder nas relações afetivas acarreta na subordinação feminina aos mandos masculinos[1,4].

O poder não é algo que se possui e que só existe em ação[5], tampouco é atributo único e exclusivamente dos homens enquanto que as mulheres lhes são subordinadas visto que ninguém está destituído de poder[6]. Nas relações permeadas pela violência, as mulheres utilizam os mecanismos de poder que têm disponíveis naquele momento. Inúmeros são os fatores envolvidos nas relações conflituosas e que podem encobrir o poder feminino intensificando o exercício de poder masculino. Contudo a mulher não ocupa o lugar estático de "vítima passiva" uma vez que as relações são mutáveis, passíveis de subversão, e a mulher possui a possibilidade de resistência e de exercício de poder, por vezes desigual e insuficiente parar neutralizar o poder masculino, anulando a violência sofrida.

O exercício do poder nas relações conjugais apresenta grande impacto sobre a saúde das mulheres, com implicações sobre a qualidade de vida[7], uma vez que limita, reprime e censura o seu agir. Vivenciar situações violentas resulta na perda da qualidade de vida, impedindo que a mulher desfrute de uma vida saudável[1].

À medida que a situação violenta se acentua e suas consequências apresentam maior gravidade, o serviço de saúde deixa de assumir o papel de "opção" e passa a ser uma necessidade para a mulher[8,9]. Contudo, não existe um limite que determine quando a violência passa a ser uma necessidade de saúde. O que as mulheres em situação de violência consideram como um indicador dessa necessidade é a gravidade dos danos causados pela violência sofrida. O ato violento pode durar apenas alguns breves instantes, todavia a lembrança, a memória do ocorrido pode ser duradoura e por vezes devastadora[2].

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) constituem a primeira opção de atendimento para as mulheres que sofrem violência doméstica e a equipe de saúde, em especial a de enfermagem, muitas vezes, é a primeira a prestar os cuidados à mulher violentada[8]. Nesse sentido, é dever do profissional de saúde cuidar de forma humanizada e integral, a partir de uma visão holística, a fim de atender às necessidades biopsicossociais das usuárias que buscam o serviço de saúde.

Os enfermeiros, por sua vez, podem exercer o poder junto às usuárias que buscam atendimento nas UBS, uma vez que através do exercício de ações de cuidado influenciam as

pessoas. Transformar a realidade das mulheres que vivenciam situações de violência conjugal vai além de corrigir os excessos cometidos pelos parceiros. Erradicar a violência contra as mulheres exige trabalhar com o poder presente nas relações marcadas pelas diferenças de gênero. Esse tipo particular de violência, baseado nas relações de poder, envolve uma complexidade que reveste as relações conjugais de tal forma a caracterizar a mulher como vítimas passivas da dominação[10].

Nesse sentido, acredita-se que os profissionais da enfermagem utilizam a parresía, ou seja, da coragem de falar a verdade para fornecer subsídios para que essas mulheres transformem suas vidas. O profissional de enfermagem pode atuar como parresiasta, uma vez que dentre as suas atribuições ao atender mulheres que vivenciam violência, está o acolhimento, momento este em que o profissional pode (e deve) fornecer orientações sobre os seus direitos e os recursos que poderão auxiliar no enfrentamento da violência.

A palavra parresía, de origem grega, é compreendida como a fala aberta e verdadeira sobre o que o narrador pensa. A parresía refere-se, ainda, a uma relação existente entre o pensar, o falar e o agir. A pessoa que faz uso da parresía, ou seja, o sujeito que fala a verdade é denominado de parresiasta. Contudo, para que a pessoa seja um parresiasta seu pensar, falar e agir devem estar em consonância[11].

Além disso, o parresiasta tem o compromisso e a coragem de falar a verdade, independente do risco que possa correr, não necessariamente risco de vida. Esse jogo parresiástico de falar a verdade, envolve o parresiasta e o interlocutor, podendo consistir em conselhos acerca da maneira como o interlocutor deve pensar ou agir[11].

Acredita-se que os profissionais da enfermagem podem atuar como parresiasta e através de seus diálogos com as mulheres (interlocutoras) auxiliá-las a transformar suas realidades, a construir estratégias de poder, a modificar a situação de violência por elas vivenciada.

OBJETIVO

Identificar os fatores que interferem no exercício da parresía, por enfermeiros, na atenção primária nas situações de violência doméstica.

METODOLOGIA

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa local sob o Parecer nº 36/2018 e C.A.A.E: 81965918.5.000.5324.

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo.

Procedimentos metodológicos

Para a coleta de dados primeiramente entrou-se em contato com os enfermeiros das 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município do Rio Grande a fim de apresentar o projeto e convidá-los a participar. Para os que atenderam aos critérios de inclusão de encontrar-se em exercício na UBS por tempo igual ou superior a seis meses, ser enfermeiro(a), ter disponibilidade e aceitaram o convite foi agendado dia e horário conforme a disponibilidade de cada um, para a realização da entrevista que ocorreu em uma sala reservada, livre de interferências, dentro da própria Unidade.

No momento da entrevista o projeto foi novamente apresentado, foram sanados alguns questionamentos e foi fornecido o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), em duas vias, ficando um de posse do entrevistador e outro do entrevistado. Os dados foram coletados entre abril e junho de 2018, através de entrevista semiestruturada, gravada. Concomitante ao período de coleta, as entrevistas foram sendo transcritas, inseridas no *Software NVivo* versão 11, tratadas à luz da Análise Textual Discursiva, sob a ótica do referencial filosófico de Foucault.

O *NVivo* se apresenta de grande utilidade para pesquisadores qualitativos independente da metodologia escolhida para a coleta de dados uma vez que estimula a criatividade. No ambiente desse software foi realizada, então, as três etapas da Análise Textual Discursiva (ATD): unitarização ou desmontagem dos textos, categorização ou estabelecimento de relações e, por último a captação do novo emergente[12].

Quando se inicia um projeto no *Nvivo*, importam-se os materiais, ou fontes, para o seu ambiente de trabalho os quais serão explorados e codificados em estruturas denominadas de "nós", onde são armazenadas as informações que posteriormente originarão as categorias analíticas[13]. Essa primeira etapa de fragmentação dos textos refere-se a etapa inicial da Análise Textual Discursiva, a unitarização. Conforme se vai explorando os textos ou fontes, se vai elaborando as categorias, segunda etapa da ATD.

Após a finalização da codificação dos "nós", ou unitarização, e consecutivamente formação das categorias desenvolve-se a etapa da análise dos dados para posterior apresentação dos resultados encontrados ou seja, o novo emergente[12].

Considerando que o sujeito consiste em um constructo sócio histórico, lapidado pelas situações vivenciadas, considerando tempo e espaço, o pensamento filosófico de Foucault se mostra adequado para trabalhar as questões de violência contra a mulher em virtude de sua amplitude e abrangência. De uma pluralidade marcante, aborda distintos temas dentre eles a produção de saberes, a cultura e o poder[14]. Apesar de a violência constituir-se em um problema contemporâneo, historicamente ela já é integrante de nossa sociedade.

RESULTADOS

Participaram da entrevista 20 enfermeiros de 13 UBS. Destes, sete em Unidades Básicas de Saúde tradicional sendo uma dessas vinte e quatro horas, 9 atuavam em Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família e quatro em Unidade Básica de Saúde com modalidade mista. Eram do sexo feminino 19 e 1 do masculino.

Formaram-se quatro categorias analíticas: "O exercício da parresía frente à violência sem evidências físicas", "O exercício da parresía frente à violência corporificada", "O exercício da parresía frente à presença do agressor" e "O exercício da parresía e os fatores interferentes*"*.

O exercício da parresía frente a violência sem evidências físicas

Essa categoria foi formada pelas interfaces: acolhimento e encaminhamentos. Na primeira apresenta-se como seria o contato inicial do enfermeiro com a mulher que foi até a Unidade de Saúde em busca de ajuda para romper com a vivência de violência conjugal. Na segunda, expõe-se os encaminhamentos que, segundo os profissionais, seriam necessários realizar.

Verificou-se que é durante o acolhimento que os enfermeiros prestam um atendimento humanizado, escutam as queixas, se solidarizam, incentivam as mulheres a realizarem a denúncia acerca da violência sofrida, as orientam sobre seus direitos, sobre as demais instituições que atuam com interface nesse atendimento, sobre a abrangência da Lei Maria da Penha, além de se mostrarem como apoiadores na assistência a elas e no enfrentamento dessa chaga da sociedade. É neste momento que os enfermeiros procuram capturar informações sobre a rede de apoio que a mulher possui com o intuito de elaborar um plano de ação envolvendo as demais instâncias que podem estar contribuindo para a proteção dessa mulher.

> Primeiro acolher a queixa, incentivar ela a fazer a denúncia, mostrar para ela que isso é um ato de violência contra a mulher e que ela tem o direito perante a Lei Maria da Penha, de ser protegida. Então primeiramente incentivar ela, mostrar o

> apoio dos serviços de saúde, incentivar ela à denúncia, notificar o caso de violência [...]. (E1)
>
> Acho que primeiro o atendimento humanizado para que ela sinta que a Unidade não vai fazer nada contra ela, que não vai expor ela, mas, sempre mostrando quais são os direitos dela, quais são as fontes onde ela pode ter recurso. Deixando o Posto como um lugar seguro primeiro, depois orientar que ela tem que denunciar porque se ela não denunciar as agressões vão continuar. Procurar entender qual é a rede de apoio dela e tentar perceber outras pessoas que podem auxiliar fora essa questão judicial. [...](E4)
>
> Primeiro eu faria o acolhimento, escutaria ela e veria o que ela realmente queria do serviço. Ofereceria o Disque 100 que é uma das alternativas que nós temos. Se ela não tivesse feito a denúncia faríamos juntas. Ofereceria o NASF que tem psicóloga e assistente social [...]. (E6)
>
> No primeiro momento eu costumo ouvir, porque na verdade quando chegam falando é mais desabafo do que outra coisa [...]De primeiro momento ouvir, deixar ela falar e colocar para fora tudo[...](E9)

Além do acolhimento humanizado à mulher que busca o serviço de saúde em busca de pôr um fim na situação de violência, cabe ao enfermeiro realizar os devidos encaminhamentos às outras instituições, conforme a necessidade de cada caso. Frente ao relato de violência sem evidências físicas os participantes supõe que a violência psicológica é a que impera mesmo sendo relatada situações de violência física anteriores. Assim, acreditam que um acompanhamento psicológico seria a melhor escolha além do suporte da assistência social no caso da mulher necessitar desse aporte para sair de casa e se manter longe do agressor. Acreditam que a intervenção policial é essencial para manter a mulher segura, necessitando lavrar o boletim de ocorrência (B.O.).

> Se ela não tem marca deve ser psicológica, eu encaminharia ela para o serviço de assistência social e uma psicóloga que pudesse atendê-la. Que ela poderia entrar nessa parte mais a fundo. (E2)
>
> No município a gente tem o serviço de assistência social, daqui a pouco um contato com esse serviço seria interessante [...] Eu acho que o encaminhamento para assistência social para dar um suporte social nessas situações porque, de repente, ela não pode voltar para casa, ela sofre ameaças, daqui a pouco ela pode ser uma vítima fatal, disso. Eu acho que o contato com a polícia, a Delegacia da Mulher seria essencial. (E3)
>
> Faria, provavelmente, o encaminhamento dela para o NASF que é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, para as gurias (psicóloga e assistente social) também fazerem um acompanhamento com ela. No caso como ela não teve agressão física no momento, só moral, eu orientaria ela em primeiro lugar a fazer um BO e já faria um encaminhamento dela para o NASF [...]. (E19)

O exercício da parresía frente à violência corporificada

Essa categoria se subdivide em duas nuances. Primeiramente, aborda-se a assistência realizada às mulheres em situação de violência doméstica que buscam ajuda na Unidade

Básica de Saúde e, após explana-se sobre a documentação das lesões deixadas sobre os corpos violentados.

O primeiro atendimento à mulher em situação de violência doméstica, mesmo frente a evidências físicas, não difere muito do atendimento à mulher vítima de violência psicológica. Para os enfermeiros o acolhimento seria a primeira etapa do atendimento à mulher, seja qual for a forma de violência que ela foi submetida. Ressalta-se que além do acolhimento, os participantes manifestaram preocupação com as lesões físicas das mulheres. Observa-se que os encaminhamentos aos outros profissionais e o acionamento de determinados serviços, por exemplo a Brigada Militar, assemelham-se ao narrado pelos enfermeiros na primeira situação.

> Eu acho que não difere do primeiro caso, também faria o mesmo incentivo [...], mostraria para ela o risco que está correndo, incentivaria a denúncia[...]. (E1)
> Acho que antes de mais nada, o exame de lesões, a questão terapêutica, se teve alguma crise de ansiedade, se tem alguma lesão importante, cuidar disso primeiramente. E acionaria a brigada militar, antes de mais nada para relatar a situação e encorajar ela também. E novamente se ela fugiu de casa e não tem como retornar, tem que ter um serviço de assistência social para dar o suporte. (E3)

Na presença de marcas físicas, os profissionais mostraram preocupação em documentar as lesões que a mulher apresenta para gerar provas da violência sofrida, além de cogitarem a necessidade de acionar a polícia para garantir a segurança dela. A confecção da prova documental consiste em um ato de coragem e transcende a possibilidade da mulher se arrepender de ter buscado ajuda para incriminar seu algoz. A presença do agressor na Unidade de saúde e a documentação da agressão expõe uma oposição entre coragem e risco. Apesar disso os profissionais não se intimidam e exercitam a parresía. O registro do ocorrido é uma forma de perpetuar a coragem de denúncia. Mesmo que o arrependimento possa vir, o registro é uma evidência física que desvela o que a mulher vivenciou. Mesmo que o enfermeiro tema por represálias, ele se preocupa em registrar e encaminhar a notificação compulsória ciente de que uma das consequências dessa ação pode ser a mulher não mais frequentar a Unidade de Saúde.

> [..] eu teria mais cuidado de fazer o registro em prontuário dessas lesões até para que se, no futuro, precise da documentação. [...]. (E9)
> Aqui no bairro a gente tem a polícia comunitária que é muito efetiva, e ela vem prontamente que é um pouco diferente daquele modelo de ir na delegacia, de estar exposta, então fica um pouco mais tranquilo. Nós poderíamos chamar aqui na sala mesmo sem precisar que ela saia daqui, ou que ela tenha que procurar pelas próprias pernas. Eu acho que isso facilita um pouco[...]. (E4)
> Primeiro, esse cuidado todo com a parte física, mas eu chamaria a polícia na hora porque eu estou com um caso ali com evidências clínicas e eu não poderia deixar passar [...]. Mas se chega com lesão nós não podemos não fazer nada, precisa registrar. (E16)

O exercício da parresía frente à presença do agressor

Essa categoria apresenta o agressor sob dois prismas. Primeiro ele é alguém que violentou uma mulher e que necessita ser mantido longe dela. Segundo, o companheiro é alguém que precisa de atendimento tanto quanto a vítima acreditando-se que ele pode ser portador de algum transtorno que necessite de intervenção. Essa situação exige que o enfermeiro se mantenha imparcial a julgamentos sobre o ato violento. O parresiasta tem o compromisso e a coragem de falar a verdade, independente do risco que possa correr. Quando o enfermeiro orienta os envolvidos na situação ele está agindo como um parresiasta. Esse jogo parresiástico de falar a verdade pode consistir em conselhos acerca da maneira como o outro deve pensar ou agir.

Verificou-se que, na perspectiva dos profissionais, a presença do agressor dentro da Unidade de Saúde pode constituir um grande perigo. Após violentar a mulher, ele a leva para receber atendimento. Para alguns enfermeiros, é neste momento que a Brigada Militar deve ser acionada para garantir a segurança da mulher e de todos os profissionais envolvido em acolhê-la. Além de perigoso é referido como um momento difícil e estressante ter o agressor dentro do mesmo espaço que a mulher, contudo, apesar de algum perigo, o parresiasta possui a coragem de falar a verdade, apesar de algum perigo. Mesmo o agressor sendo visto nessa situação como um risco para as pessoas que se encontram na Unidade de Saúde o enfermeiro age como parresiasta e desenvolve suas ações frente à situação de violência com vistas a garantir a segurança de todos.

> Eu ia chamar a Brigada, no primeiro momento. Eu ia deixar ela numa sala separada e ia chamar a brigada. Mesmo com ele na sala de espera. (E5)
> Isso aí é um estresse bem sério. Primeiro eu sou obrigada a chamar o 190, eu tenho que botar a polícia nisso, porque como é que o cara está ali na sala de espera e eu vou largar a mulher que apanhou de novo? mas antes disso eu vou dizer para ela "estou chamando o 190 porque é um risco seu e um risco nosso". (E8)

Em contrapartida, a presença do agressor na sala de espera pareceu não intimidar alguns dos enfermeiros que referiram que o receberiam também, que o chamariam para uma consulta, com o intuito de prestar-lhe auxílio, pois pode ser uma pessoa que necessita de atendimento, de tratamento, de intervenção, de esclarecimentos e orientações. Essa postura profissional revela que apesar de o agressor poder ser visto como um risco, ele é confrontado de tal forma a ser-lhe oferecida a assistência também. O risco que o enfermeiro pode correr frente a isso é a recusa do agressor, bem como o seu afastamento da Unidade de Saúde. Em Unidades de Saúde que possuem Estratégia de Saúde da Família, o agressor é alguém conhecido dos enfermeiros pois reside na área de abrangência da Unidade.

> [...]na Saúde da Família nós conhecemos o agressor, eles frequentam a Unidade, porque não deixam de serem usuários que também necessitam de tratamento, precisam tratar essa questão da agressividade. Não importa se é a primeira ou se é a decima, é um ato de violência. Tu tem que barrar. Tem que incentivar a barrar [...]. (E1)
>
> [...]aproveitar o momento que ele está dentro da Unidade e tentar, é lógico que vai ser um momento difícil, mas chamar ele em particular, conversar com ele, 'porque que aconteceu isso? O que está acontecendo com vocês? O senhor tem que ver que chegou dentro da Unidade uma agressão, nós teremos que tomar uma atitude, eu tenho que chamar o 190, tem que fazer um boletim de ocorrência, o senhor vai ter que nos entender [...], mas nós queremos saber se o senhor quer ajuda' [...]. Tudo bem é o agressor, mas para isso não acontecer de novo, aproveitar a oportunidade que ele está dentro da Unidade e saber o que é que aconteceu. (E8)
>
> Eu acho que ouviria ela e ouviria ele, os dois. Se ele está na sala de espera, se ele trouxe eu acho que eu deveria ouvir os dois lados para poder ver o que fazer. Ou ele está em atitude de intimidação ou também tem alguma outra coisa [...]. (E14)
>
> [...]trazer para a consulta de enfermagem o próprio marido, conversar com o marido, se for o caso passar ele também para o NASF porque embora nós estejamos falando da violência contra a mulher é sempre bom tu ouvir os dois lados. Às vezes, por um mal entendimento, por ele achar que está fazendo a coisa certa e não está fazendo a coisa certa, então é bom tu ver e atender o núcleo familiar [...]. (E20)

Alguns dos profissionais entrevistados referiram já terem atendido, em algum momento, o homem acusado de agredir. Porém, ele procurou a Unidade em um momento após a agressão, com a intenção de intimidar o profissional, deixando claro que sabia que estavam cientes dos acontecimentos violentos. O enfermeiro não se mostrou intimidado pela fala do agressor mostrando-lhe que está ali para prestar atendimentos conforme as necessidades de quem procura, de acordo com a profissão. A postura parresiástica do enfermeiro de mostrar para o agressor que agiu pautado na verdade porque sabe que é a verdade evidencia que apesar do risco o parresiasta tem o compromisso de falar a verdade.

> [...] até uma das vezes que ele veio fazer teste rápido comigo aqui ele me disse 'é o trabalho de vocês aqui é muito bom e tal mas, às vezes, vocês se metem demais na vida das pessoas'. E, eu disse para ele 'isso quando a pessoa concorda e eu sei bem do que o senhor está falando, se naquele momento ela não tivesse concordado eu não posso obrigar ninguém a fazer aquilo que não quer, a nossa função é dar informação, dar o esclarecimento, mas o que eu gostaria mesmo era que isso não acontecesse mais que essas situações não acontecessem mais, mas infelizmente não depende de mim'. Aí ele não falou mais nada também não veio mais aqui. (E12)
>
> [...]ele veio perguntando serenamente 'não sei o que aconteceu eu estava fora, estava no cassino e eu cheguei, os vizinhos disseram que ela saiu correndo'. [...]alguém deve ter dito que ela foi para o posto. E aí quando ele chegou aqui eu disse 'realmente ela esteve aqui ela estava muito nervosa, aconteceu alguma coisa em casa e aí a gente acabou chamando a família dela para vir buscá-la e a polícia também porque os vizinhos já tinham chamado a polícia, então a polícia veio e levou ela para delegacia'. 'Qual delegacia?', 'não faço nem ideia qual delegacia foi, tem várias', eu disse, 'eu não sei qual delegacia eu não sei só perguntaram se ela queria acompanhá-los e ela foi'. Também não posso mentir dizer 'não, está tudo bem', não! Até para que ele visse que nós não temos medo dele [...]. (E18)

O exercício da parresía e os fatores interferentes

Nas três situações apresentadas anteriormente os fatores que interferiram no exercício da parresía foram: insegurança e incerteza acerca do relato da mulher, dependência afetiva e desejo das mulheres em manterem o relacionamento conjugal. Na presente categoria explana-se acerca dos motivos que interferem no exercício da parresía pelo enfermeiro. Os relatos das mulheres sobre a violência sofrida atrelado à questões sentimentais delas pelos parceiros, mostrou-se como um fator dificultador para o estabelecimento de um jogo parresiástico efetivo. Não no que concerne à sua essência, o ato de falar a verdade, mas no que tange ao risco de a mulher não mais voltar a Unidade de Saúde e não se poder mais atuar junto a ela a fim de empoderá-la.

Quando da violência psicológica, por se tratar de uma forma cujas marcas não são evidentes no corpo da mulher, existe a insegurança e a incerteza da veracidade do relato dela. Os enfermeiros referiram a necessidade de provas físicas, visíveis para poder afirmar a ocorrência da violência. Nesse momento, o parresiasta se utiliza da crítica para poder se posicionar frente ao ocorrido e ter a certeza de que aquilo que ele falar sobre o ocorrido será a verdade, que é o compromisso dele. Não que ele esteja descrente no relato da mulher, mas é seu dever falar o verdadeiro. Ele precisa ter a certeza de que aquilo que a mulher fala seja a verdade, para que ele possa tomá-la como verdade também e atuar sobre essa verdade buscando meios, junto com a mulher, de transformar essa situação.

> [...] É que na verdade o relato em si sem um exame físico fica complicado, de tu botar em xeque tua capacidade profissional de dizer realmente que aquilo ali aconteceu, é complicado, então depende muito do relato [...]. (E3)
> [...]Eu tenho que ver todo o contexto do que ela diz, [...], já que ela não tem marcas. [...] Perguntar para ela se ela quer ajuda, porque [...] tu interfere e, às vezes, as pessoas ficam até bravas porque elas não querem isso. Então tenho que ver que ajuda ela quer, o que ela quer de mim. (E8)
> [...] ver a veracidade também dos fatos, se está acontecendo ou não. [...] (E19)

A oposição entre amor e violência leva o profissional a buscar apoio, respaldo e orientação para poder realizar o atendimento à mulher violentada. O momento em que uma mulher chega relatando ter sofrido violência, o enfermeiro assimila essa situação como uma verdade e que precisa de atuação. Essa atuação vai depender do tipo de violência sofrida. É normal buscar respaldo em outros profissionais, para não limitar o agir e proporcionar a essa mulher um atendimento integral, de qualidade. Além dos esclarecimentos, das informações, do acolhimento, o enfermeiro pode aconselhar a mulher de que modo deve agir. Todavia, essa ação é um risco do jogo parresiástico que o profissional está preparado para enfrentar. O ato

de aconselhar, de criticar, de mostrar a verdade pode afastar a mulher da Unidade de Saúde. Contudo a verdade é um dever do parresiasta.

> Eu ia pedir ajuda, ia ligar para o nosso Assistente Social, ia pedir orientação para ele porque tem a violência física vista e ao mesmo tempo tem uma mulher dizendo que ama o homem e que não quer se separar dele. [...] ia pedir ajuda para psicóloga, para o nosso Assistente Social [...] ia notificar ela para Epidemiologia como violência, mas eu ia botar no prontuário tudo que aconteceu, ia fazer ela assinar um SIA/SUS como tudo que oferecemos e que ela disse que não quer, que ela ama ele, o atendimento. Eu não posso com esse 'ama ele' voltando [...]. Ela largou essa responsabilidade dentro da Unidade de saúde, [...] eu tenho que colocar tudo em prontuário. (E8)

A dependência afetiva é algo que existe em algumas das relações conjugais permeadas pela violência. Contudo, a violência física é contrária ao sentimento de amor e pode se intensificar de tal forma a atingir o seu extremo, ou seja, o feminicídio. Onde há o amor não há espaço para a violência. Quando a mulher revela possuir fortes sentimentos pelo agressor, a atuação do enfermeiro fica restrita visto que a mulher pode estar apenas querendo alguém para desabafar e não para transformar o vivido. Quando o enfermeiro atuar como parresiasta ele fornece inúmeras orientações para que as mulheres possam refletir sobre si, sobre a situação vivenciada, a fim de que empreendam transformações que as levarão a produzir um novo *ethos*, ou seja, uma escolha no modo de pensar, agir e conduzir-se. Entretanto, só é possível se a mulher compreender que precisa engendrar essa transformação mesmo que ainda nutra amor pelo seu algoz.

> [...] muitas vezes, as pessoas tem uma dependência afetiva. Existe dependência financeira, existe dependência afetiva, mas incentivaria ela fazer a ocorrência, procurar ajuda, porque a pessoa que está agredindo, não a ama. Então, não é uma questão de amor. Nós não temos como medir isso mas a questão da violência em si é um risco para ela. Assim como ele bate, bate, bate, há um ano, daqui a pouco ele pode matá-la. (E1)
>
> A primeira coisa é ver se ela está disposta a denunciar esse companheiro, para que ela tente enxergar que é uma relação doentia, que não é uma relação de amor. No momento em que alguém te causa dor, ela deixou de ser comunhão, deixou de ser parceria, deixou o respeito de lado. (E4)
>
> Bem difícil. [...] quando há o amor é bem complicado. [...]Mas por experiência, acho que legalmente ela não procuraria nada, pelo amor, pelo amor que ela acha que sente [...]. Para mim é uma relação doentia. E eu falo, eu boto elas a pensar se é aquilo que elas querem e de dizer que existem outras formas, mas é muito subjetivo isso. (E10)

Cada situação deve ser analisada distintamente. Em alguns casos consegue-se modificar a situação instalada alcançando mudanças nas atitudes do agressor. Em outros, as mulheres se submetem a situações violentas em função da pressão de amigos e familiares para a manutenção do casamento e até mesmo do *status* social que ela mantém. Há homens, ainda,

que conseguem manipular as mulheres de tal forma que a levam a crer que são as culpadas pelas situações de violência praticada por eles. Cabe ao enfermeiro, neste momento agir como parresiasta, levando a verdade não somente para a mulher em situação de violência doméstica, mas para todos os envolvidos no ato. A violência foi construída socialmente como algo natural porém o enfermeiro tem as habilidades necessárias para transformar esse constructo.

> [...] Cada caso é um caso. [...] Minha amiga não é padrão baixo nem nada, ela foi na Delegacia da Mulher e ela desistiu. Ela foi lá conversou e "não, não quero isso", voltou, vive com o marido e ele mudou. Então há casos e casos. [...] Eu acho que muita coisa depende do relacionamento dos dois. [...] (E17)
>
> [...]às vezes é impulsionada para estar com aquela pessoa. Às vezes essas pessoas mantem certo nível social que elas acham agradável. Às vezes a família mesmo empurra para aquilo. Tem muitas situações assim, as meninas jovens, mulheres jovens, e aí conseguem homens mais velhos que trabalham isso já é um status dentro da família 'porque ele trabalha, porque ele mantem a família, porque isso, porque aquilo'. Então acaba tendo muitas pressões para ela manter essa relação doentia. [...] (E10)
>
> [...]Eles conseguem fazer com que elas acreditem que elas são as erradas, então elas se culpam. Então a gente tinha que tentar uma maneira de fazer com que ela veja, mas é difícil a pessoa perceber isso. Elas não percebem, não querem perceber. (E13)

DISCUSSÕES

O profissional de enfermagem pode atuar como parresiasta, uma vez que dentre as suas atribuições ao atender mulheres em situação de violência, está o acolhimento, momento este em que o profissional pode (e deve) fornecer orientações sobre os direitos da mulher e os recursos que poderão auxiliar no enfrentamento da violência[4,15]. Nesse momento, além de prestar orientações o enfermeiro também incentiva à denúncia e investiga a rede de apoio que a mulher apresenta com o intuito de "traçar linhas imaginárias", caminhos pelos quais a mulher poderá trilhar em situações de violência. Os enfermeiros referiram o acolhimento como sendo o primeiro dispositivo a ser utilizado com as mulheres independente da forma de violência a que elas foram submetidas.

A palavra parresía, de origem grega, traduzida para o inglês como *free speech* significa "liberdade de expressão", "franqueza em falar a verdade". Etimologicamente, a palavra "parresía" significa dizer tudo. Ela pode assumir a forma de orientação, crítica ou de um conselho sobre a maneira de como o interlocutor deve se comportar ou pensar. No jogo parresiástico o enfermeiro é o parresiasta ou narrador e a mulher em situação de violência é o interlocutor, ou seja, aquele que ouve a verdade[11].

O jogo parresiástico exige que o parresiasta esteja em posição de inferioridade em relação ao interlocutor. O parresiasta é, então, sempre menos poderoso do que aquele que o

ouve[11]. O profissional de enfermagem encontra-se em posição de inferioridade em relação à mulher no sentido de que somente ela pode tomar a decisão de transforma a sua realidade a partir da tomada de decisões, permitindo-lhe tornar-se protagonista da sua própria vida.

Dentre a conduta citada pelos enfermeiros como integrante dos cuidados às mulheres estão os encaminhamentos a outras instituições e serviços além do registro das lesões quando da violência física[4,15]. Contudo, os relatos de violência psicológica e física pregressa, sem marcas atuais, deixam os enfermeiros na dúvida sobre como proceder. A violência psicológica é pouco conhecida até mesmo pelas vítimas. Por não deixar danos físicos, muitas vezes, a violência psicológica não é percebida como agressão, permanecendo invisível. O desconhecimento acerca das tipificações da violência leva as mulheres a uma negação da situação. É como se elas não pudessem ver aquilo que não sabem nomear[1].

Ela é exercida através de palavras ou frases desqualificadoras que seus companheiros usam para desprezá-las. Esses desqualificativos apresentam efeito controlador e manipulador sobre as mulheres[1], efetivando-se, assim, a violência psicológica. Essa forma de agressão contra a mulher geralmente antecede as agressões físicas.

A presença do agressor no lócus da Unidade de Saúde dividiu a opinião dos enfermeiros. Para uns ele é alguém que representa um risco iminente tanto para a mulher quanto para quem está no local, sejam trabalhadores ou usuários do serviço. Para outros ele precisa de ajuda e deveria ser chamado para um atendimento seja para acolher, orientar ou mesmo para informar qual a conduta será tomada frente a situação de violência. Conforme a Lei Maria da Penha o atendimento deve ser extensivo ao homem, devendo ele comparecer a programas de recuperação e reinserção social[16].

O parresiasta é alguém que corre riscos, não necessariamente risco de vida. Ele possui a coragem de falar a verdade, apesar de algum perigo[11]. Esse risco pode ser a presença do agressor no serviço de saúde, mas também pode ser o afastamento da mulher da Unidade, quando apesar do acolhimento e das orientações a mulher não aceita denunciar seu agressor e não retorna mais ao serviço considerando que o profissional representa um risco para sua relação. Além disso, um dos fatores que impede a realização da notificação compulsória dos casos de violência doméstica contra a mulher é o medo de represálias por parte do agressor. Contudo, existem profissionais que investigam, junto às mulheres, as situações de violência e realizam a notificação, ou comunicação de violência, por reconhecerem sua importância bem como seu caráter sigiloso[17].

Dentre os fatores que interferem no exercício da parresía, foram citados a confiabilidade nos relatos de violência por parte das mulheres e a necessidade de provas físicas, a

dependência afetiva, o desejo de manter o relacionamento, a crença na mudança de comportamento do agressor, a manutenção do status social de mulher casada e a manipulação do agressor de tal forma que as mulheres se sentem culpadas pela violência sofrida.

No que concerne ao relato da mulher, se pensarmos em riscos que o parresiasta corre, talvez a confiabilidade atue como um dificultador ao exercício da parresía. Parece que o enfermeiro não queria correr o risco de afirmar algo do qual ele não teria como provar ou que, pelo menos, queria que o risco fosse diminuído tendo-se uma evidência física para o respaldar. Parece que a verbalização da violência, para ele, não seria o suficiente para aceitá-la como uma verdade. Essa não é uma atitude parresiasta. A pessoa somente pode ser considerada um parresiasta se há para ela um risco em dizer a verdade. O parresiasta diz o que é verdadeiro porque sabe que é o verdadeiro e ele sabe que é verdade porque é realmente verdade. Não é apenas sincero e diz o que é a sua opinião, mas a sua opinião também é a verdade. Ele diz o que sabe ser verdade[11].

Por não deixar danos físicos, muitas vezes, a violência psicológica não é percebida como agressão, permanecendo invisível[(1)]. Ela pode se apresentar de forma mais sutil, mas tão graves quanto as outras formas de violência. Embora as diferentes modalidades de violência sejam conceituadas a partir dos danos que causam às mulheres, alguns profissionais desconsideram a violência psicológica como uma forma de violência e também não a consideram como um problema que deve ser atendido pelos serviços de saúde. Para eles, as mulheres não buscam ajuda para queixar-se de que foi agredida psicologicamente[(18)].

Em relação a dependência afetiva, a mulher, por acreditar que ama o seu companheiro, não deseja o culpabilizar pela violência sofrida. Muitas mulheres acreditam que a violência é algo normal, que faz parte das relações conjugais. Por vezes, a mulher sonha com um casamento feliz e perfeito, cultivando constantemente a esperança de que o comportamento do parceiro agressor possa mudar. Anseia pelo dia em que tudo fará parte do passado. Esse sentimento é frequentemente transformado pelas decepções que sofre cotidianamente, ao se deparar com o comportamento inalterado do companheiro. O casamento, evento social e religioso, contribui para a crença de que a mulher é propriedade do marido podendo ele tratá-la como achar adequado. Esta situação pode ser fruto também das expectativas das mulheres em relação ao casamento, uma vez que ao atribuírem grande importância ao matrimônio se sentem na obrigação de manter esse compromisso, além de considerarem a união como uma parceria que garante a condição de vida, sua e de seus filhos[(1)]. A ideia de que o casamento é indissolúvel e que deve ser mantido de qualquer forma ainda é muito resistente[(4)].

A permanência na relação conflituosa muitas vezes ocorre porque as mulheres se julgam culpadas pela situação. Acreditam terem cometido algum erro ou desobediência que tenha causado a fúria do companheiro. No imaginário masculino, a insubordinação feminina rompe com os padrões sociais da supremacia masculina. Muitos homens sentem-se possuidores das mulheres, acreditando ter controle sobre a vida e a morte de suas companheiras[1].

O Atlas da Violência 2018 revela que, anualmente, as taxas de feminicídio, no Brasil, atingem patamares de 4,5 mortes a cada 100 mil mulheres. Alguns dos argumentos utilizados pelos agressores para justificar os assassinatos são: amor à vítima, excesso de zelo, ciúmes, defesa da honra, não aceitar o fim do relacionamento, crença de que ela era sua propriedade e assim poderia fazer o que quisesse com a vítima, etc[19]. Inúmeras mortes poderiam ser evitadas caso as mulheres tivessem apoio para conseguir romper o ciclo da violência.

Considerando que a grande demanda das mulheres em situação de violência pelos serviços de saúde, os enfermeiros podem se tornarem os reconhecedores da violência contribuindo para o enfrentamento dessa problemática.

O cuidado de enfermagem é composto por duas dimensões, a instrumental ou técnica e a afetiva ou expressiva[20]. A primeira refere-se a habilidade técnica e a constante atualização da prática. A segunda, agrega o carinho, a atenção e a valorização do ser humano. O cuidar engloba, então, um conjunto de ações que vão desde a prática até gestos, olhares e palavras. Em ambas modalidades o enfermeiro pode atuar como parresiasta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência doméstica contra a mulher não é uma problemática da atualidade, ela transcende as barreiras do tempo atingindo mulheres de diferentes faixas etárias, povos, culturas, status social. Por vezes é ensinada e aprendida como algo natural, intrínseco à vida humana. O cuidado de enfermagem acompanha o desenvolvimento das sociedades, aperfeiçoando com o passar dos tempos embasado em preceitos científicos. Contudo a assistência de enfermagem à pessoa apresenta duas facetas, uma técnica e uma afetiva, inseparáveis entre si e complementares.

No momento em que o enfermeiro acolhe uma mulher que vivenciou uma situação de violência doméstica ele põe em prática todos os seus conhecimentos quer sejam subjetivos ou objetivos. Ele ouve o relato da mulher que, muitas vezes, ocorre como um desabafo; orienta sobre as distintas formas de violência, os sinais e sintomas de que a ocorrência de violência é iminente; informa sobre seus direitos e locais de apoio que auxiliam na assistência às mulheres e no enfrentamento dessa problemática. É neste momento, ainda, que ele colhe

dados sobre a rede de apoio da mulher para poder elaborar um plano de ação, traçando caminhos que poderão ser trilhados quando a mulher necessitar de auxílio a fim de romper com a vivência de violência.

O agressor, por vezes, é alguém que frequenta a mesma Unidade de Saúde onde a mulher vai em busca de socorro. Trabalhar com as questões da violência requer considerar que existe mais de um envolvido nessa situação e que ambos necessitam de assistência e intervenção. Assim como a mulher não deve ser considerada como a vítima passiva da relação, o agressor não pode ser visto como algoz. Ambos devem ser tratados como usuários que precisam de tratamento e acompanhamento.

Dialogar de forma aberta com as mulheres explicando-lhes as interfaces da violência, fornecendo-lhes informações claras e concisas, falando a verdade do que se pensa e se sabe acerca dessa problemática desconsiderando que o agressor pode representar um perigo, prestar-lhe conselhos de como deve agir é exercer a parresía. É pôr em prática as características da parresía que constituem-se em obrigações para o parresiasta: Franqueza, Verdade, Perigo, Crítica e Dever.

Contribuições para a enfermagem: Em geral, os enfermeiros são os primeiros a prestarem assistência quando a mulher chega no serviço de saúde relatando vivência de violência e por isso são os profissionais que mais estão em contato com tais situações o que lhes proporciona maior experiência na detecção dos casos. O conhecimento atrelado a experiência permite que o enfermeiro atue como parresiasta, ou seja, possibilita que ele possa falar a verdade que abarca a violência doméstica em todas as suas nuances, sejam características, tipificação, locais de apoio ou sua historicidade.

REFERÊNCIAS

1 Guimarães FL, Diniz GRS, Angelim FP. "Mas ele diz que me ama...": duplo-vínculo e nomeação da violência conjugal. Psicologia: Teoria e Pesquisa [Internet]. 2017 [cited 13 abr 2019]; 33(e3346). Available from: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/30646/1/ARTIGO_MasEleDiz.pdf

2 Sulsbach PA. A resiliência das mulheres que sofreram violência doméstica: uma revisão. R. Inter. Interdisc. INTERthesis [Internet]. 2018 [cited 16 mai 2019]; 15(1):111-xx. Available from: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6312970.pdf

3 Data Senado. Aprofundando o olhar sobre o enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília: Senado Federal. Observatório da Mulher Contra a Violência [Internet]. 2018 [cited 18 abr 2019]. Available from: https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/arquivos/conhecer-direitos-e-ter-rede-de-apoio-sao-pontos-de-partida-para-denunciar-agressao-e-interromper-ciclo-de-violencia

4 Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Violence against women and care practice in the perception of the health professionals. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2015 [cited 30 mai 2019]; 24(1): 229-37. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100229

5 Foucault M. Genealogia e poder. Curso do College de France, 1976. In: Foucalt M. Microfísica do poder. São Paulo: Graal.

6 Foucault M. Microfísica do poder. São Paulo: Graal; 2006.

7 Lucena KDT, Vianna RPT, Nascimento JA, Campos HFC, Oliveira ECT. Association between domestic violence and women's quality of life. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2017 [cited 8 abr 2019]; 25:e2901. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692017000100348&script=sci_abstract

8 Acosta DF, Gomes VLO, Oliveira DC, Marques SC, Gomes GC. Cuidado à mulher em situação de violência doméstica: representações de enfermeiras(os) hospitalares. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2017 [cited 30 jan 2019]; 19:a21. Available from: https://revistas.ufg.br/fen/article/view/42471

9 Freitas RJM *et al*. Atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher. HU Revista, Juiz de Fora [Internet]. 2017 [cited 18 jan 2019]; 43 (2): 91-97. Available from: http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2585/pdf_1

10 Paixão GPN, Pereira A, Gomes NP, Campos LM, Cruz MA, Santos PF. The experience of the preventive detention due to conjugal violence: men's speech. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2018 [cited 06 fev 2019]; 27(2):e3820016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072018000200327&script=sci_arttext&tlng=en

11 Foucault M. Discourse and Truth: the Problematization of Parrhesia. Edited by Joseph Pearson. Digital Archive: Foucault info, 1999.

12 Moraes R, Galiazzi MC, Ramos MG. Aprendentes do aprender: um exercício de análise textual discursiva. Indagatio Didactica. 2013; 5(2): 868-883. Disponível em: < http://repositorio.furg.br/handle/1/4462>. Acesso em: 17 dez 2019.

13 Jacks N, Toaldo M, Schmitz D, Mazer D, Miranda F, Gonçalves F, et al. Uso de softwares na abordagem qualitativa: a experiência da pesquisa "Jovem e Consumo Midiático em Tempos de Convergência". Questões Transversais – Revista de Epistemologias da Comunicação. 2016; 4(7): 46-54. Available from: http://revistas.unisinos.br/index.php/questoes/article/download/12492/PDF

14 Dias EFP. A constituição da ética do cuidado de si e a prática da parresía em Michel Foucault. 2015. Dissertação de Mestrado em Filosofia. FAJE – Faculdade Jesuíta de Filosofia e Teologia. Belo Horizonte.

15 Heisler ED *et al*. Women in situations of violence: (re) thinking the listening, bonding and home visiting. Rev enferm UFPE [Internet]. 2018 [cited 21 mai 2019];12(1):265-72. Available from: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230504/26102

16 Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher [Internet]. Brasília. 2006 [cited 2 mar 2019]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm

17 Oliveira BG de *et al*. Responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência. Rev. bioét. [Internet]. 2018 [cited 17 fev 2019]; 26 (3): 403-11. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-80422018000300403&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

18 Nascimento EFGA, Ribeiro AP, Souza ER. Perceptions and practices of Angolan health care professionals concerning intimate partner violence against women. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 [cited 30 mar 2019]; 30(6):1-10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000601229

19 Cerqueira D. et. al. Atlas da violência 2018. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA [Internet]. 2018 [cited 26 abr 2019]. Available from: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33410&Itemid=432 Acesso em: 26 abr 2019.

20 Gomes VLO, Silva AL, Ern E. O cuidado de crianças em creches: um espaço para a enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm [Internet]. 2003 [cited 15 jan 2019]; 24(2):177-88. Available from: https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4471/2405

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados apresentados nos quatro artigos que compõe a presente investigação é possível inferir que a VDCM não é um fenômeno recente, que possui um caráter sócio histórico ideológico, que persiste no tempo. Fundamentada nas desigualdades das relações de poder, ela ocorre quando o homem exerce maior poder dentro da relação. Sua justificativa, muitas vezes, se camufla sobre a realização de uma ação educativa ou punitiva para corrigir um comportamento da mulher considerado, pelo homem, como errôneo. O desequilíbrio no exercício do poder dentro das relações é uma realidade que confere às mulheres posições de subordinadas em relações aos homens que empregam dispositivos de poder materiais e não materiais para a manutenção do poder dentro das relações conjugais.

Em geral, os enfermeiros são os primeiros a prestarem assistência quando a mulher chega ao serviço de saúde relatando vivência de violência e por isso são os profissionais que mais estão em contato com tais situações o que lhes proporciona maior experiência na detecção dos casos.

Nesse contexto, os resultados divulgados no primeiro artigo intitulado “Violência doméstica contra a mulher: o conhecimento como alicerce para o exercício da parresía”, permitem afirmar que os(as) enfermeiros(as) atuantes na Atenção Básica possuem o conhecimento necessário e imprescindível acerca da violência doméstica para fornecerem subsídios às mulheres em situação de violência para que transformem suas vidas e exerçam a coragem de mudar suas realidades.

O cuidado de enfermagem é centrado na assistência ao indivíduo em sua singularidade e multidimensionalidade. Engloba ações pautadas em elementos clínicos e não clínicos. Os clínicos referem-se a procedimentos técnicos da profissão, muitas vezes restrito ao biológico, como, por exemplo, o cuidado das lesões provenientes do ato violento, administração de medicações, aferição de sinais vitais. Os não clínicos compreendem o acolhimento, a escuta, as orientações e os encaminhamentos. Inúmeros estudos referem à mecanização da assistência de enfermagem, muitas vezes, limitado ao desenvolvimento de procedimentos e técnicas. Todavia os elementos não clínicos estão presentes, porém ainda velados sob a denominação de “empirismo”.

Quando o (a) enfermeiro(a) recebe a mulher em situação de violência, quando ele (a) a acolhe, lhe ouve, lhe orienta e realiza os encaminhamentos, está exercitando o cuidado não

clínico, porém científico e indispensável à dissolução do ciclo da violência. A assistência de enfermagem apresenta essas duas facetas inseparáveis entre si e complementares.

Neste contexto, a consulta de enfermagem se revelou como um momento propício para o relato de violência sofrida, para a discussão, identificação e orientações. É durante essa consulta que as mulheres são acolhidas, ouvidas, orientadas acerca dos recursos legais disponíveis e das instituições que possuem expertise em violência doméstica bem como são realizados os encaminhamentos necessários. Essas condutas integram os elementos não clínicos do cuidado de enfermagem. Neste momento o profissional fala abertamente a verdade acerca da violência doméstica compartilhando seus conhecimentos com a mulher que busca ajuda empoderando-a para que ela possa tomar decisões, transformar sua vida e sua realidade de forma consciente e informada.

Ao analisar os discursos dos(as) enfermeiros(as) da Atenção Básica percebe-se que os mesmos possuem conhecimentos, subjetivos e objetivos, acerca da VDCM o que contribui para a coragem de enfrentamento junto às mulheres em situação de violência. Por conhecimento subjetivo compreende-se aquele baseado na interpretação individual, elaborado a partir do ponto de vista pessoal, condicionado por sentimentos e afirmações arbitrárias, desconsiderando regras ou normas, podendo ser citados os julgamentos acerca da violência doméstica contra a mulher. O conhecimento objetivo ou concreto desconsidera questões pessoais e está relacionado com definições científicas como, por exemplo, o conceito de violência doméstica contra a mulher.

Durante a graduação em enfermagem o conteúdo ministrado acerca da violência doméstica contra a mulher é, por vezes, restrito e diminuto. Apesar disso a investigação da temática junto aos(as) enfermeiros(as) revelou que este saber é parte integrante de seus conhecimentos. Revela, ainda, a busca de qualificação por parte destes profissionais. Pode-se inferir que a vivência, quase que, diária de situações de violência doméstica contra a mulher os instigou a complementarem sua formação acadêmica.

O segundo artigo denominado “dispositivos de poder utilizados por enfermeiros para o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher” revelou que os(as) enfermeiros(as) utilizam-se de um conjunto de ações, de tecnologias, de dispositivos de exercício de poder para o exercício da parresía junto às mulheres. A análise dos dados permitiu a apresentação dos resultados em duas categorias: “dispositivos de saber/conhecimento” e “dispositivos administrativos e institucionais”. A primeira aborda as ações direcionadas ao compartilhamento de informações que possibilitam o exercício da parresía através de divulgação de informações em grupos e palestras ou por meio de folders e cartazes que

buscam, além de compartilhar conhecimentos, encorajar o necessário enfrentamento. A segunda categoria apresenta os encaminhamentos e a programação que alguns(mas) enfermeiros(as) realizam em atividades a serem desenvolvidas, anualmente ou em datas comemorativas como, por exemplo, o mês de março considerado o mês da mulher para desenvolver formas de prevenção da VDCM e de empoderamento feminino.

O enfermeiro pode e deve fazer uso dos dispositivos de poder que tem disponível para auxiliar as mulheres na transformação das situações de VDCM vivenciadas. O empoderamento das mulheres por parte dos enfermeiros contribui para que elas possam perceber-se como mulheres de direitos e poderes o que não significa dizer que devam pôr um fim na situação conjugal.

Os conceitos de "parresía*"* e "dispositivos de poder" podem ser ainda novos no cenário da enfermagem, porém o seu exercício encontra-se concretizado nas ações desenvolvidas pelos profissionais com vistas à prevenção e erradicação da violência contra a mulher, quer seja na assistência propriamente dita quer seja em pesquisas para este fim.

O desvelamento acerca dos dispositivos de poder utilizados pelos homens foi feito no terceiro artigo sob o título "Dispositivos de poder empregados na violência doméstica contra a mulher na ótica de enfermeiros". Para apresentação dos resultados foram elaboradas as categorias: "dispositivos não materiais" e "dispositivos materiais". Na primeira apresenta-se o constructo social de gênero e papéis sociais responsável pela distinção sexista entre responsabilidades e a concomitante naturalização da violência advinda dessa prática divisora. Expõe-se que questões como a criação dos filhos, a obrigação de manterem relações sexuais como incumbência do ser esposa constituem-se em dispositivos utilizados pelos homens para manter o exercício do poder. Essa segregação resulta no estabelecimento das relações de poder. Na segunda, o uso de substâncias psicotrópicas foi apresentado como desencadeante para situações violentas bem como a dependência financeira ao agressor.

A reflexão acerca dos dispositivos utilizados pelos homens para a manutenção das relações desiguais de poder nos permite inferir que essas estratégias utilizadas têm sua gênese mesclada com o constructo social do "ser homem" e do "ser mulher". Quando se delineia o que é "ser algo" ou "alguém", de forma concomitante, se delimita onde se "deixa de ser". Ser homem em uma sociedade machista é ser regido por regras de conduta e o não cumprimento das mesmas acarreta em "deixar de ser". Da mesma forma que o "ser mulher" permeado por normas e regras de conduta dita o que é "ser mulher" e em qual ponto se deixa de "ser". Dessa forma, não utilizar-se de dispositivos para manutenção do poder masculino implicaria em deixar de cumprir o papel que lhe foi designado. Talvez por isso que muitas mulheres não se

percebem imersas em situações de violência transparecendo que a situação vivenciada é o normal do "ser mulher" que por sua vez deveria aceitar tal situação visto seu papel assumido, o de mulher. Trabalhar as questões do poder nas relações conjugais implica em analisar os constructos de papeis sociais. Envolve toda uma questão cultural, de construção de singularidades, de individualidades, de questões que vão além da manifestação do poder em forma de violência.

Ao analisar os dispositivos de poder citados pelos(as) enfermeiros(as) como sendo de uso dos homens agressores percebe-se que o desequilíbrio no exercício do poder dentro das relações conjugais é uma realidade que confere às mulheres posições de subordinadas em relações aos homens. O entendimento dos profissionais acerca das relações desiguais de poder entre homens e mulheres se configura como um instrumento capaz de contribuir para uma assistência mais eficaz à mulher em situação de violência.

O quarto artigo evidencia "Fatores que interferem no exercício da parresía no cuidado à mulher em situação de violência doméstica". Nele, são apresentados os entraves ao exercício da parresía por enfermeiros(as) da Atenção Básica a partir de quatro categorias analíticas: "O exercício da parresía frente à violência sem evidências físicas", "O exercício da parresía frente à violência corporificada", "O exercício da parresía frente à presença do agressor" e "Fatores que interferem no exercício da parresía".

A primeira categoria é formada pelas interfaces: acolhimento e encaminhamentos revelando como ocorre o primeiro contato do(a) enfermeiro(a) com a mulher que foi até a Unidade de Saúde buscar ajuda para romper com a vivência de violência conjugal e os encaminhamentos que, segundo os profissionais, são necessários realizar. A segunda categoria evidencia a importância do registro das lesões apresentadas pelas mulheres. A terceira categoria mostra o homem culpabilizado pela violência sob dois prismas, um de "homem que precisa de assistência tanto quanto a mulher" e outra de "perigo" dentro da Unidade de Saúde.

O parresiasta é alguém que corre riscos, que pode ser a presença do agressor no serviço de saúde. A quarta categoria expõe que dentre os entraves para o exercício da parresía foi citado a confiabilidade nos relatos de violência por parte das mulheres e a necessidade de provas físicas, a dependência afetiva, o desejo de manter o relacionamento, a crença na mudança de comportamento do agressor, a manutenção do status social de mulher casada e a manipulação do agressor de tal forma que as mulheres se sentem culpadas pela violência sofrida. Não foram encontradas facilidades no atendimento a mulher em situação de violência doméstica. Em geral, nenhum sentimento positivo e nem facilidades na assistência são associados ao trabalho com violência.

Trabalhar com as questões da violência requer considerar que existe mais de um envolvido nessa situação e que ambos necessitam de assistência e intervenção. O agressor, por vezes, é alguém que frequenta a mesma Unidade de Saúde onde a mulher vai buscar socorro. Assim como a mulher não deve ser considerada como a vítima passiva da relação, o agressor não pode ser visto como algoz. Ambos devem ser tratados como usuários que precisam de tratamento e acompanhamento.

Diagnosticar a violência doméstica e ainda agir como parresiasta é uma tarefa árdua que requer conhecimentos objetivos e subjetivos bem como sensibilidade para interpretar o não dito. Os profissionais da enfermagem atuam como parresiasta e através de seus diálogos com as mulheres auxiliam-nas a transformar suas realidades, a construir estratégias de poder, a modificar a situação de violência por elas vivenciada. Todavia, elas procuram a UBS somente quando sentem a necessidade de "cura" para o que está sofrendo. Mesmo silenciada pelos estigmas sociais que a VDCM gera, de mulher culpada, de mulher desobediente, de mulher rebelde, ela busca uma solução para aquilo que a aflige.

A enfermagem é uma profissão que pode gerar transformações sociais uma vez que está sempre engajada em ações que visam à promoção da saúde. Auxiliar as pessoas para que deixem de ser coadjuvantes e se tornem atores sociais, atores de mudanças e transformações, atores de suas vidas e sua saúde é papel dos enfermeiros também. Possibilitar o exercício de poder por parte da mulher influencia em todas as relações que ela mantém, sendo conjugal ou não.

Contudo, as ações de enfrentamento da violência não pode manter seu foco exclusivamente nas mulheres devido ao risco de permanecer irresoluta. Urge que os homens sejam incluídos nas intervenções uma vez que a situação de violência doméstica constitui uma das formas de exercício desigual de poder envolvendo ela e seu companheiro.

Os resultados encontrados permitem confirmar a tese de que "*os(as) enfermeiros(as) atuantes na Atenção Básicas buscam exercer a parresía no cuidado à mulher em situação de violência doméstica através da informação, da busca pela garantia dos direitos da mulher, do estímulo ao exercício de poder e da coragem para denunciar*". As situações apresentadas e a tese defendida demonstram que os(as) enfermeiros(as) atuam como parresiasta apesar dos riscos que podem correr revelando o engajamento destes profissionais no enfrentamento da violência doméstica contra a mulher.

Porém existem muitos entraves que interferem no exercício da parresía, alguns relacionados com o enfermeiro, outros com a mulher e, ainda, com os homens. Em relação aos profissionais, o exercício da parresía foi cerceado, por vezes, em função da necessidade de

provas físicas acerca da situação de violência vivenciada pela mulher ou mesmo pela confiabilidade (ou falta de) no relato da mulher. Em relação à mulher, o exercício da parresía, pelos enfermeiros junto a elas, encontrou como barreira a dependência financeira e afetiva da mulher ao agressor, o desejo delas manterem a relação conjugal, a crença na mudança de comportamento do agressor e a manutenção do status de mulher casada. Quanto ao agressor, o uso de diferentes dispositivos de poder junto às mulheres as leva crerem que são culpadas pela violência sofrida, dificultando que o enfermeiro exercite a parresía junto a elas. Trabalhar esses fatores mostra-se imprescindível para que o exercício da parresía, por enfermeiros, junto às mulheres em situação de violência doméstica possa ocorrer de forma efetiva contribuindo para que as mulheres tornem-se atores de transformações em suas vidas, empreendendo transformações conscientes, informadas e empoderadas.

No desenvolvimento da pesquisa, encontraram-se algumas limitações, como à restrição territorial para a coleta de dados, a diminuta amostra de profissionais de enfermagem de uma única região no sul do Rio Grande do Sul, o pouco tempo de atuação profissional na Unidade de lotação em virtude de contratos temporários para suprir a falta de profissionais. Salienta-se a importância dessa investigação, pois a produção científica, nacional e internacional, relacionada a temática ainda é reduzida ou até mesmo inexistente revelando a necessidade de maiores investigações acerca do exercício da parresía por enfermeiros(as), em diferentes contextos, frente a situações de violência doméstica de modo a contribuir para a transformação da realidade das mulheres que a vivenciam bem como para pôr em evidência a assistência de enfermagem que está sendo direcionada às mulheres e a problemática da violência. Distintos resultados podem ser encontrados considerando-se outras realidades.

Sua contribuição está no aprofundamento do tema estudado o que justifica a abordagem utilizada que confere visibilidade para as ações de parresía desenvolvidas pelos enfermeiros e que, por vezes, não são identificadas como parte de sua conduta profissional. Em desacordo com a literatura que expõe ações voltadas apenas a cuidados biológicos, a presente pesquisa revelou a existência dessas duas dimensões, que são inseparáveis e complementares. Com isso revela-se a necessidade e a importância de se evidenciar nas investigações essas duas nuances do trabalho do(a) enfermeiro(a). O ineditismo do presente projeto está em interseccionar o exercício da parresía com o atendimento prestado pelos(as) enfermeiros(as) às mulheres em situação de violência doméstica.

Por fim, parece relevante questionar: os resultados dessa investigação seriam semelhantes em outras Unidades Básicas de Saúde que compõe a Atenção Básica? Como enfermeiros que atuam em instituições privadas exercem a parresía às mulheres em situação

de violência doméstica em seus ambientes de trabalho? Essas indagações revelam à necessidade de se prosseguir realizando pesquisas acerca do exercício da parresía em outros contextos institucionais.

A contribuição desta investigação para a enfermagem concerne no desvelamento do exercício da parresía nas práticas assistenciais clínicas e não clínicas.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, D.F.; *et al*. Violence against women commited by intimate partners: (in)visibility of the problem. **Texto & contexto enferm**. 2015; 24(1): 121-127.

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. Regina Garcez (trad). 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ANGROSINO, M.; FLICK U. (Coord.). **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ANTUNES, M.T.P.; NETO, O.R.M.; YAYLA, H.E.; OKIMURA, R.T. Conduta ética dos profissionais da contabilidade no brasil: a prática da parrhesia. **Advances in Scientific and Applied Accounting**. 2012; 5(3): 377-404.

ARANGO, H. G. **Bioestatística: teórica e computacional: com banco de dados reais em disco**. 3.ed. – {Reimpr.}. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

ARAÚJO, M.F. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. **Psicol. Am. Lat**.[online]. 2008; 14: 0-0.

BARALDI, A.C.P., *et al*. Violence against women in the basic care network: what do nurses know about the problem? **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**2012; 12 (3): 307-318.

BARKER, G. Male violence or patriarchal violence? Global Trends in Men and Violence. **Sex. salud soc.**2016**;**(22): 316-330.

BARROSO FILHO, J. O perverso ciclo da violência doméstica contra a mulher... Afronta a dignidade de todos nós. **Conselho Nacional de Justiça**. 2008. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/agencia-cnj-de-noticias/artigos/13325-o-perverso-ciclo-da-violia-domica-contra-a-mulher-afronta-a-dignidade-de-todos-n Acessado em: 15 dez. 2017.

BERTHO, H. **Delegacias da Mulher só existem em 7,9% das cidades brasileiras.** Disponível em: http://azmina.com.br/2016/10/delegacias-da-mulher-so-existem-em-5-das-cidades-brasileiras/ Acesso em: 26 set 2017.

BEZERRA, I.M.P.; NASCIMENTO, W.L.; MACHADO, C.A.; MACHADO, M.F.A.S. Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família frente à violênciaconjugal: analisando o processo de trabalho em saúde. **Sau. &Transf. Soc.** 2012; 3(2): XX-XX.

BONI, V.; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. 2005; 2(1): 68-80.

BOURDIEU, P. **A miséria do mundo**. Tradução de Mateus S. Soares. 3a edição. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2018. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php Acesso em: 12 out 2018.

BRASIL. **Disque 100**. Ministério dos Direitos Humanos. 2018b. Disponível em: http://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/disque-100 Acesso em: 15 out 2018.

BRASIL. **Decreto nº 23.769, DE 6 DE AGOSTO DE 1985**. Cria a Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher. Disponível em: http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1985/decreto-23769-06.08.1985.html Acesso em 26 set 2017.

BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf Acesso em: 06 jun 2017.

BRASIL. **Casa da Mulher Brasileira**. Política para as mulheres. 2015. Disponível em: http://www.spm.gov.br/assuntos/violencia/cmb Acesso em: 01 nov 2017.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Data Senado. 2017. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado Acesso em: 23 mar 2017.

BRASIL. 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). 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 16 dez 2019.

BRASIL. **Equipe de Saúde da Família**. 2012b. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf Acesso em 05 set 2017.

BRASIL. **Atenção Básica à Saúde** – Como funciona? Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php Acesso em 05 set 2017.
BRASIL. **Sobre o DAB**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/dab.php Acesso em 05 set 2017.

BRASIL. **Estratégia Saúde da Família**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php Acesso em 05 set 2017.

BRASIL. **UBS Brasil**. Disponível em: http://www.ubsbrasil.com/cidade/rio-grande/ Acesso em 05 set 2017.

BRASIL. **UBS - Unidade básica de saúde**. PAC. Ministério do Planejamento. S.d. Disponível em: http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude Acesso em 30 out 2017.

CORREA, I.C. **Michel Foucault e a constituição do sujeito moderno**. Disponível em: http://webartigos.com/artigos/michel-foucault-e-a-constituicao-do-sujeito-moderno/36048 Acesso em 06 set 2017.

BRASIL. Senado Federal. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. **"Com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência"**. Relatório final. Brasília; 2013a.

BRASIL. **Diretrizes Nacionais para o Abrigamento de Mulheres em Situação de Risco e Violência**. Brasília, 2011.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres – SPM. 2011b. Diretrizes Nacionais para o abrigamento de mulheres em situação de risco e violência. Brasília

CERQUEIRA, D. et. al. Atlas da violência 2018. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33410&Itemid=432 Acesso em: 26 out 2018.

COSTA, R.G.; MADEIRA, M.Z.A.; SILVEIRA, C.L.H. Relações de gênero e poder: tecendo caminhos para a desconstrução da subordinação feminina. **17º Encontro Nacional da Rede Feminista e Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero > 17º Encontro Nacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero**. 2012. Disponível em: http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/17redor/17redor/paper/view/56 Acesso em 6 out 2016.

COSTA, V.A.; RAMIRES, J.C.L. A importância das redes de saúde para o desenvolvimento da atenção primária em Pirapora. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. 2014; 10(18):234-249.

DEBERT, G.G.; GREGORI, M.F. Violence et genre: nouvelles propositions, vieux dilemmes. **Rev. bras. Ci. Soc**., 2008, 23(66):165-211.

DUTRA, M.L.; *et al*. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Ciência & Saúde Coletiva**.2013;18(5):1293-1304.

ECHEBURÚA, E.; *et al*. Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y el Uso de la Violencia - Revisado (IPDMUV-R): Propiedades psicométricas. **An. Psicol.**.2016; 32(3): 837-846.

FAQUINELLO, P.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S. A unidade básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis.** 2010; 19(4): 736-44.

FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ, L.; CALVETE, E.; ORUE, I. Mujeres víctimas de violencia de género en centros de acogida: características sociodemográficas y del maltrato. **Interv. psicosoc**. (Internet). 2017; 26(1): 9-17.

FOUCAULT, M. **Genealogia e poder. Curso do College de France**, 1976. In: FOUCALT, M. Microfísica do poder. São Paulo: Graal.

FOUCAULT, M. “**Omnes et Singulatim”: uma crítica da razão política**. In: Ditos e escritos. 1981.

FOUCAULT, M. **A ética do cuidado de si como prática da liberdade**. In: Ditos & Escritos V – Ética, Sexualidade, Política. Rio de Janeiro: Forence Universitária.1984.

FOUCAULT, Michel. **A história da sexualidade II - O uso dos prazeres**. Trad. M. T. da Costa Albuquerque. 4 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, M. **A história da sexualidade III - O cuidado de si**. Trad. M. T. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, M. **Tecnologías Del yo y otros textos afines**. Barcelona: Paidós, 1990.

FOUCAULT, M. **O sujeito e o poder**. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, M. **Discourse and Truth: the Problematization of Parrhesia**. 1999.

FOUCAULT, Michel. **A hermenêutica do sujeito. Curso no Collège de France 1981-1982**. Trad. Salma T. Muchail e Márcio A. Fonseca. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006a.

FOUCALT, M. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal; 2006b.

FOUCAULT, M. **A Arqueologia do Saber**. 7 ed. Trad. Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FOUCAULT, Michel. **Sobre a história da sexualidade**. In: FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 26. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2008b. p. 243-276.

FOUCAULT, M. **El coraj de la verdad: el gobierno de sí e de los otros II**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2010.

FULU, E.; WARNER, X.; MIEDEMA, S.; JEWKES, R.; ROSELLI, T.; LANG, J. Why do some men use violence against women and how can we prevent it? Quantitative findings from the United Nations Multi-country Study on Men and Violence in Asia and the Pacific. UNDP, UNFPA, UN Women, and UNV, Bangkok; 2013. **The Lancet**. 2013; 1(4):e187–e207. Disponível em: http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(13)70074-3/fulltext

GARCIA, L.P.; *et al*. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. **Cad Saude Publica**.2016; 32(4): e00011415.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, N.P.; *et al*. The meaning of professional training for the care of women victims of domestic violence. **Esc. Anna Nery.** 2013; 17(4): 683-89.

GOMES, N.P.; ERDMANN, A.L. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da "Estratégia Saúde da Família": problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2014; 22(1): 76-84.

GOMES, I.C.R.; RODRIGUES,V.P.; NERY,I.G.; VILELA,A.B.A.; OLIVEIRA, J.F. de.; DINIZ, N.M.F. Enfrentamento de mulheres em situação de violência doméstica após agressão. **Revista Baiana de Enfermagem**.2014; 28(2):134-144.

GOMES, V.L.O.; *et al*. Domestic violence against women: representations of health professionals. **Rev Lat Am Enfermagem**.2015; 23(4): 718-724.

GROULX, L-H. **Contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social**. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J.P.; GROULX, L.H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, A.P. A pesquisa qualitativa – Enfoques epistemológicos e metodológicos. Editora Vozes. Petrópolis, RJ. 2008.

GUIMARÃES, M.C.; PEDROZA, R.L. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicol. soc.** (Online). 2015; 27(2): 256-266.

HASSE, M.; VIEIRA, E. M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde Debate**.2014; 38(102): 482-493.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Brasil/Rio Grande do Sul/ Rio Grande**. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/rio-grande/panorama Acesso em: 13 nov 2017.

INSTITUTO AVON. **Percepções dos homens sobre a violência doméstica contra a mulher**. 2013. Disponível em: http://centralmulheres.com.br/data/avon/Pesquisa-Avon-Datapopular-2013.pdf Acesso em: 26 fev 2017.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da violência** 2016. 2016. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160322_nt_17_atlas_da_violencia_2016_finalizado.pdf Acesso em: 27 fev 2017.

KRENKEL, S.; MOTTA, C.C.L.A; MORÉ, C.L.O.O. The Significant Social Networks of Women Who Have Resided in Shelters. **Paidéia**.2015; 25(60): 125-133.

LEITE, F.M.C.; *et al*. Mulheres vítimas de violência: percepção, queixas e comportamentos relacionados à sua saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**. 2016; 10(6): 4854-4861.

LIMA, N.J.S.O.; PACHECO, L.R. Violência doméstica contra a mulher na perspectiva de agentes comunitários de saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**.2016; 10(5): 4279-4285.

LOPES, R.F.; *et al*. Violência doméstica contra mulheres usuárias dos serviços de atenção básica de saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**. 2016; 10(5): 4416-4420.

LORENZATTO, B. **Para compreender Michel Foucault. 2014**. Carta Capital - Outras Palavras. Publicado 25/06/2014 16h44, última modificação 26/06/2014 12h43. Disponível

em: https://www.cartacapital.com.br/blogs/outras-palavras/para-compreender-michael-foucault-9711.html Acesso em: 10 jun 2017.

LUCENA, M.A. de; PAVIANI, J. As práticas de si e a recepção ética do cuidado de si em Michel Foucault. **Revista Perspectiva Filosófica**. 2015; 42(1): 1-10.

LUCENA, K.D.T.; *et al*. Analysis of the cycle of domestic violence against women. **Rev. bras. crescimento desenvolv. Hum**. 2016; 26(2): 139-146.

LUCENA, K.D.; *et al*. Association between domestic violence and women's quality of life. **Rev Lat Am Enfermagem**. 2017; 25:e2901.

MACHADO, R. **Foucault, a ciência e o saber**. 4ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed., 2009.

MACHADO, M.E.S., *et al*. Perception of health professionals about violence against women: a descriptive study. **Online braz j nurs** [internet]. 2017; 16 (1):209-217. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5596/html Acesso em 05 nov 2017.

MARCONI, M. A. LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, P.D.N; LEMOS, E.; FERREIRA, A. Impacto da violência na saúde, família e trabalho no estado da Bahia, Brasil 2016. **Revista ciencia, salud, educación y economia**.2017; nº 11.

MASSULA, L. **A violência e o acesso das mulheres à justiça: o caminho das pedras ou as pedras do (no) caminho. Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher: Alcances e Limites** – São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006. Disponível em: http://docplayer.com.br/7422924-Vinte-e-cinco-anos-de-respostas-brasileiras-em-violencia-contra-as-mulheres-no-brasil-1980-2005.htmlAcesso em 22 set 2017.

MEDEIROS, J. Qual a diferença entre CRAS e CREAS? Entenda. GESUAS. Disponível em: https://www.blog.gesuas.com.br/diferenca-cras-creas/ Acesso em 12 out 2018.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26a ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência & Educação**. 2003; 9(2):191-211.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. **Ciência & Educação**. 2006; 12(1):117-128.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. do C. Análise textual discursiva. Ijuí: Editora UNIJUÍ, 2007, 224 p.

NASCIMENTO, E.F.G.A.; RIBEIRO, A.P.; SOUZA, E.R. Perceptions and practices of Angolan health care professionals concerning intimate partner violence against women. **Cad. Saúde Pública**.2014; 30(6):1-10.

OLIVEIRA, P.P.; *et al*. Women victims of domestic violence: a phenomenological approach. **Texto & contexto enferm**.2015; 24(1): 196-203.

OLIVEIRA, L.A.S. de; LEAL, S.M.C. Mulheres em situação de violência que buscaram apoio no centro de referência Geny Lehnen/RS. **Enferm. foco** (Brasília). 2016; 7(2): 78-82.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Human Development Report 2016: Human Development for Everyone**. Estados Unidos. 2017. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf Acesso em: 17 mai 2017.

PAIXÃO, G.P.N.; *et al*. Women experiencing the intergenerationality of conjugal violence. **Rev Lat Am Enfermagem**. 2015; 23(5): 874-879.

PAZ, P.O. Rural femicides: an analysis of gender. **Rev. baiana enferm**.2016; 30(2): 1-11.

PEDROSA, CLÁUDIA M.; SPINK, MARY JANE P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde soc**.2011; 20(1): 124-135.

PEDRUZZI, A.N., *et al*. Análise textual discursiva: os movimentos da metodologia de pesquisa. Atos de Pesquisa em Educação. 2015; 10(2):584-604.

PINTO, A.S.; MORAES, O.C.R.; MONTEIRO, J. Dossiê mulher 2015. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública, 2015.

POLIT D, BECK CT. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

PORTAL BRASIL. **Ligue 180 registra mais de 555 mil atendimentos este ano**. 2016. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2016/08/ligue-180-registra-mais-de-555-mil-atendimentos-este-ano Acesso em: 21 set 2017.

PORTAL BRASIL. **Violência doméstica é causa de dois terços das denúncias de agressões contra a mulher**. 2016b. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2016/11/violencia-domestica-e-causa-de-dois-tercos-das-denuncias-de-agressoes-contra-a-mulher Acesso em: 21 set 2017.

PORTAL BRASIL. **Ligue 180 realizou mais de um milhão de atendimentos a mulheres em 2016**. 2017. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2017/03/ligue-180-realizou-mais-de-um-milhao-de-atendimentos-a-mulheres-em-2016 Acesso em: 21 set 2017.

POUPART, J. **Contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social**. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J.P.; GROULX, L.H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, A.P. A pesquisa qualitativa – Enfoques epistemológicos e metodológicos. Editora Vozes. Petrópolis, RJ. 2008.

RABINOW, P; DREYFUS, H. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

RANGEL, C.E.A.; WENCZENOVICZ, T.J. Gênero e violência: interfaces com as políticas públicas no estado do Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. **Barbarói**. 2016; 47: 144-161.

RIO GRANDE. Secretaria Municipal da Saúde. **Programas**. Disponível em: http://www.riogrande.rs.gov.br/saude/index.php/programas Acesso em: 29 ago 2018.

RIO GRANDE. Prefeitura Municipal do Rio Grande. Lançada rede de enfrentamento da violência contra as mulheres. 2014. Disponível em: http://www.riogrande.rs.gov.br/pagina/index.php/noticias/detalhes+47776,,lancada-rede-de-enfrentamento-da-violencia-contra-as-mulheres.html#.W8DiIHtKjIU Acesso em: 12 out 2018.

RIO GRANDE DO SUL. CRAS e CREAS. Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos. Disponível em: https://sdstjdh.rs.gov.br/cras-e-creas Acesso em: 12 out 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Delegacia de Polícia Especializada no Atendimento às Mulheres. Delegacia de Polícia para Mulher. RIO GRANDE/RS, 2009.

ROMERO BALLÉN, M.N. Cuidar en la adversidad a mujeres maltratadas / Health care of abused women in the adversity. **Index enferm**.2015; 24(1/2): 62-66.

SALCEDO-BARRIENTOS, D.M.; MIURA, P.O.; MACEDO, V.D.; EGRY, E.Y. How do primary health care professionals deal with pregnant women who are victims of domestic violence?. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2014; 22(3):448-53.

SANTINI, P.M.; WILLIAMS, L.C.A. Efeitos de procedimentos para maximizar o bem-estar e a competência parental em mulheres vitimizadas. **Estud. psicol.** (Campinas). 2016; 33(4): 711-721.

SANTOS, J.; *et al*. Conhecimento de enfermeiras em unidades de saúde sobre a assistência à mulher vítima da violência. **Revista Baiana de Enfermagem**.2014; 28(3):260-270.

SANTOS, D.F.; *e. al*. Percepção de mulheres acerca da violência vivenciada. **Rev. pesqui. cuid. Fundam**(Online)**.**2017; 9(1): 193-199.

SEVERINO AJ. **Metodologia do trabalho científico**. 23a. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SIGNORELLI, M. C.; AUAD, D.; PEREIRA, P.P.G. Domestic violence against women and professional intervention in primary healthcare: an etnographic study in Matinhos, Paraná State, Brazil. **Cad. Saúde Pública.**2013; 29(6):1230-1240.

SILVA, A.C.L.G.; COELHO, E.B.S.; NJAINE, K. Violência conjugal: as controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2014; 19(4):1255-1262.

SILVA, C.D.; *et al.* Violence against women: aggressors drug users. **Rev. pesqui. cuid. fundam**. (Online). 2015; 7(2): 2494-2504.

SILVA, O.M.A; ALÍPIO, M.P.P; MOREIRA, L.E. Mulheres e violência doméstica: relato de experiência num juizado especializado. **Rev. polis psique**. 2016; 6(3): 145-165.

SILVA, J.M.M.; LIMA, M.C.; LUDERMIR, A.B. Intimate partner violence and maternal educational practice. **Rev Saude Publica**. 2017; 51: 34.

SOLER, R.D.V.; KROLIKOWSKI, L.F. Foucault e a parresía: apontamentos para a construção de uma experiência ética em educação. **Sapere aude**. 2016;7(12):256-268.

SOUZA, L.P.S.; *et al*. Violência de gênero: o silêncio e enfrentamento vivido pelas mulheres à luz da fenomenologia social. **Rev. enferm. UFPE on line**. 2016; 10(10): 3842-3850.

TOMÁS, C.C. **Parlamento russo aprova "lei da bofetada" e descriminaliza violência doméstica**. 2017. Disponível em: https://www.publico.pt/2017/01/28/mundo/noticia/parlamento-russo-aprova-lei-da-bofetada-e-descriminaliza-violencia-domestica-1759974Acesso em 15dez. 2017.

TRIVINOS, A. N. S. **Bases teórico-metodológicas da pesquisa qualitativa em ciências sociais: idéias gerais para elaboração de um projeto de pesquisa**. 2. ed. Porto Alegre: Ritter dos Reis, v. 4, 2001.

UNAMUNO, M. de. **Metodologia da pesquisa científica - As técnicas de pesquisa. Ensino interativo** – Universidade Anhembi Morumbi. Disponível em: http://www2.anhembi.br/html/ead01/metodologia-pesquisa-cientifica-sequencial/lu03/lo3/index.htmAcesso em 13nov. 2017.

VEDOVE, G. **Técnicas de entrevistas na coleta de dados em campo: a arte de quebrar resistência**. Sicurezza editora. 2016. Disponível em: http://sicurezzaeditora.com.br/blog/?p=1405 Acesso em: 13 nov. 2017.

VIEIRA, E.M.; *et al*. **The response to gender violence among Brazilian health care professionals**. Ciência & Saúde Coletiva. 2013; 18(3):681-690.

VIVIESCAS-VARGAS, D.P. *et al*. **Effective coverage to manage domestic violence against women in mexican municipalities: limits of metrics**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2013; 47(4): 781- 787.

WAISELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2015** – Atualização: Homicídio de mulheres no Brasil. 2015.

WALDOW, V. R. **Bases e princípios do conhecimento e da arte da enfermagem**. Petrópolis: Vozes, 2008.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética

CEPAS/FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

FURG

PARECER Nº 36/ 2018

CEPAS 09/2018

Processo: 23116.000215/2018-66
CAAE: 81965918.5.0000.5324
Título da Pesquisa: O exercício da parrhesia por enfermeiros da atenção básica no cuidado a mulheres em situação de violência doméstica
Pesquisador Responsável: Edison Luiz Devos Barlem

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 16/2018, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto **"O exercício da parrhesia por enfermeiros da atenção básica no cuidado a mulheres em situação de violência doméstica".**

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página http://www.cepas.furg.br.

Data de envio do relatório final: 31/12/2019.

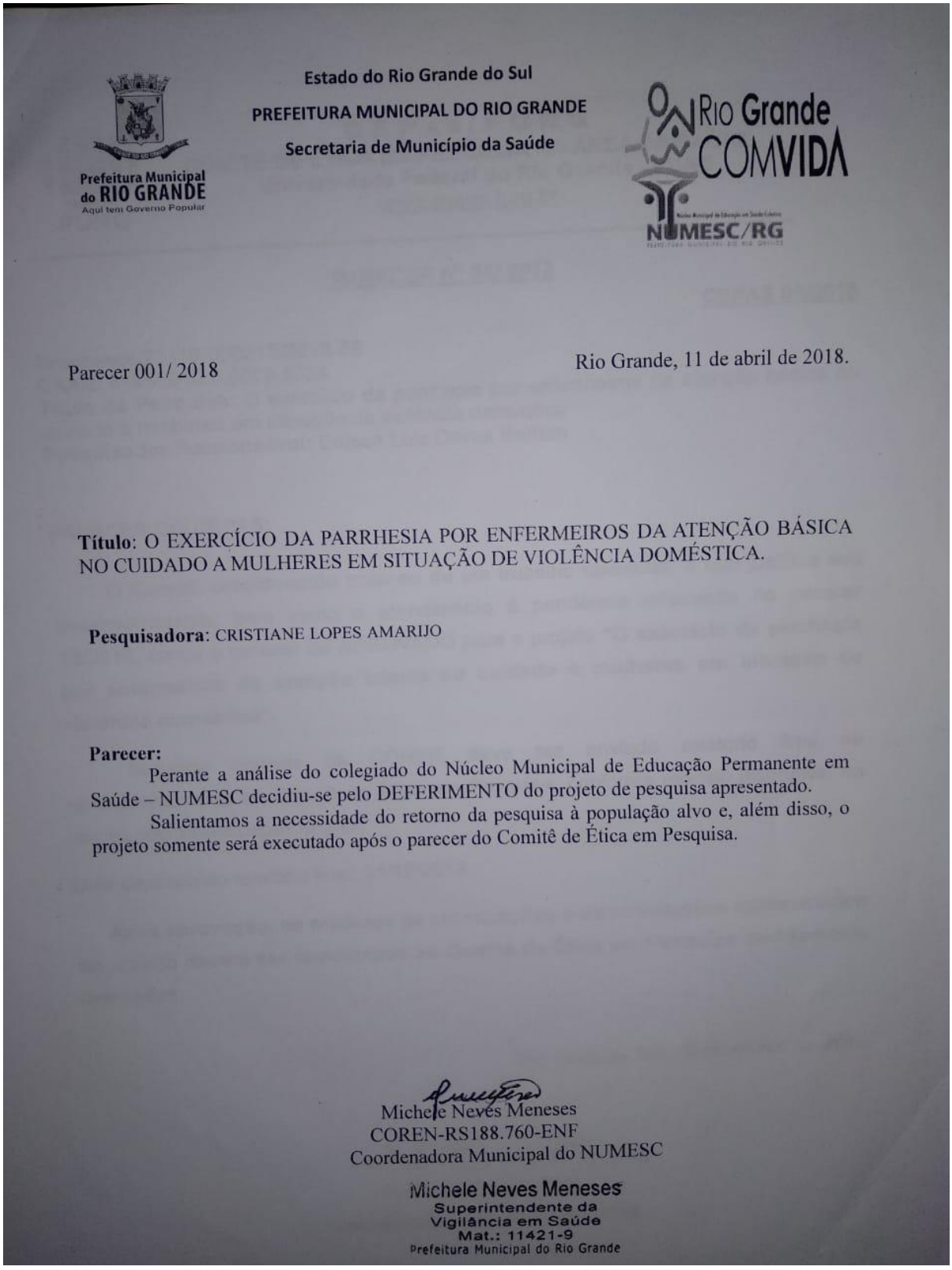
Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.

Rio Grande, RS, 09 de março de 2018.

Eli Sinnott Silva

Profª. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS/FURG

ANEXO B – Parecer do NUMESC



Estado do Rio Grande do Sul
PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE
Secretaria de Município da Saúde

Prefeitura Municipal do RIO GRANDE
Aqui tem Governo Popular

Rio Grande COMVIDA
NUMESC/RG

Parecer 001/ 2018

Rio Grande, 11 de abril de 2018.

Título: O EXERCÍCIO DA PARRHESIA POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.

Pesquisadora: CRISTIANE LOPES AMARIJO

Parecer:

Perante a análise do colegiado do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde – NUMESC decidiu-se pelo DEFERIMENTO do projeto de pesquisa apresentado.

Salientamos a necessidade do retorno da pesquisa à população alvo e, além disso, o projeto somente será executado após o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

Michele Neves Meneses
COREN-RS188.760-ENF
Coordenadora Municipal do NUMESC

Michele Neves Meneses
Superintendente da
Vigilância em Saúde
Mat.: 11421-9
Prefeitura Municipal do Rio Grande

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Universidade Federal do Rio Grande

Escola de Enfermagem

Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ concordo em participar da pesquisa desenvolvida pela Doutoranda Enfermeira Cristiane Lopes Amarijo (COREN 388997) intitulada "**O exercício da *parrhesia* por enfermeiros daatençãobásica no cuidado a mulheres em situação de violência doméstica**",sob orientação do professor doutor Edison Barlem.O mesmo tem por objetivo geral: Compreender como profissionais da enfermagem desenvolvem a *parrhesia* junto a mulheres em situação de violência doméstica a partir do prisma das relações de poder.Gostaria de convidar-lhe a participar, na qualidade de informante. Para tal, você responderá a uma entrevista, que com sua autorização será gravada, para que nenhum detalhe importante seja perdido e os dados coletados serão usados somente nesta pesquisa. O projeto trará benefícios indiretamente para os participantes, pois as dúvidas serão esclarecidas após cada entrevista.

A sua participação é isenta de despesas e você têm o direito de se negarem a participar ou a responder alguma pergunta, até mesmo desistir da participação em qualquer etapa do estudo, sem que isso lhes cause algum prejuízo. Caso ocorra algum desconforto emocional, angustia ou abalo sentimental, você poderá receber suporte psicológico pelo serviço dessa universidade. Você receberá uma cópia deste termo e outra ficará com a pesquisadora, se em algum momento lhe surgir dúvidas, poderá entrar em contato comigo.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito da pesquisa e ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de sigilo e confidencialidade, os risco e benefícios da minha participação. Ficou claro que serão mantidos todos os preceitos ético-legais durante e após o término do trabalho.

Concordo em participar voluntariamente desse estudo e poderei retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido ou no meu atendimento nesse serviço.

Assinatura do participante: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desse participante.

Assinatura do responsável pelo estudo: _____

Telefone do responsável pelo estudo: (53)981103062

Email do responsável pelo estudo: cristianeamarijo@yahoo.com.br

Rio Grande, ____ de _____ de 2017.

APÊNDICE B – Roteiro para coleta de dados

O exercício da *parrhesia* por enfermeiros da Atenção Básica no cuidado a mulheres em situação de violência doméstica

ROTEIRO DE COLETA DE DADOS Data: _____/_____/_____

ENTREVISTADORA:_____

UB_____ Informante nº:_____

Tipo de Unidade de Atenção Básica: ( ) UBS ( ) UBSF

Localização da Unidade de Atenção Básica: ( ) Zona urbana ( ) Zona rural

DADOS DO INFORMANTE:

1. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
2. Data de Nascimento:_____/_____/_____ Idade:_____
3. Estado conjugal

( ) sem companheiro fixo

( ) com companheiro mora com ele

( ) com companheiro não mora com ele

4. Formação profissional:( ) Enfermeiro
5. Ano de conclusão do curso de formação profissional:_____
6. Ano em que iniciou seu trabalho nesta UBSF:_____/_____
7. Para você o que é violência doméstica contra a mulher?
8. Quais os tipos de violência doméstica contra a mulher você conhece?
9. Quais são os atos que você considera como violência física?
10. Quais são os atos que você considera como violência psicológica?
11. Quais são os atos que você considera como violência sexual?
12. Quais são os atos que você considera como violência moral?
13. Quais são os atos que você considera como violência patrimonial?
14. No seu ambiente de trabalho, você já atendeu ou soube de alguma mulher em situação de violência doméstica? Conte como foi. (Se "não", pular para a questão 16).
15. Como você identificou que se tratava de um caso de violência doméstica contra a mulher?
16. Vou lhe apresentar três casos e gostaria que você narrasse como atenderia essa mulheres:

a) Chega à sua UBS uma mulher referindo que vem sendo agredida pelo seu marido. No momento ela não apresenta marcas visíveis. Durante a conversa ela relata que sofre agressões físicas há algum tempo e que o marido costuma xingar-lhe de todas as formas, baixando sua autoestima. Como você atende essa mulher?

b) Chega à sua UBS uma mulher referindo que foi agredida pelo seu companheiro e saiu correndo de casa. Ela apresenta marcas em seus braços (roxos). Ela refere que vivencia situações violentas há quase um ano, mas que ama o marido. Como você atende essa mulher?

c) Chega à sua UBS uma mulher com marcas e feridas no rosto e braços. Ela está assustada e nervosa. Refere que foi agredida pelo seu companheiro que vive há alguns anos. Segundo ela, é a primeira vez que sofre agressão do marido. O marido a aguarda na sala de espera. Como você atende essa mulher?

17. Na sua UBS existem ações que são voltadas para o combate e erradicação da violência? Quais?

18. Como você acha que um profissional do sexo masculino atenderia essas mulheres? (se o entrevistado for homem, substituir para “um profissional do sexo feminino”)

19. Por quais motivos você acha que os homens cometem violência doméstica contra as mulheres?

20. Quando a mulher sofre violência pelo parceiro onde que você acha que ela vai primeiro para procurar ajudar?

21. Para você, qual deve ser a primeira atitude da mulher frente a casos de violência doméstica?

22. Quais os impactos você acha que a violência doméstica acarreta na vida das mulheres?

23. Por quais motivos você acha que as mulheres não denunciam os agressores?

24.Como você acha que a mulher que depende financeiramente do seu agressor deve agir quando enfrentar situações de violência doméstica?

25. Você conhece, no município do Rio Grande algum serviço de proteção à mulher em situação de violência doméstica? Se sim, qual?

26. Quais as dificuldades e facilidades que você encontra no atendimento a mulheres em situação de violência?

APÊNDICE C – Memorando de Encaminhamento

Ilma. Sra. Eli Sinnot

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde – CEPAS/FURG

Venho por meio deste solicitar a Vossa Senhoria autorização para a realização da pesquisa: O exercício da *parrhesia* por enfermeiros da atenção básica no cuidado a mulheres em situação de violência doméstica. Será desenvolvida pela doutoranda em enfermagem Cristiane Lopes Amarijo, sob a orientação do Prof. Dr. Edison Luis Devos Barlem, em Unidades de Atenção Básica à Saúde, do município de Rio Grande. O objetivo desta pesquisa é compreender o exercício da *parrhesia* por enfermeiros da Atenção Básica no cuidado a mulheres em situação de violência doméstica a partir do prisma das relações de poder. Será realizado através de entrevistas semiestruturadas com todos os enfermeiros das referidas unidades que atenderem aos critérios de inclusão. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, qualitativa com delineamento transversal. Para a coleta de dados será empregada a técnica de entrevista com uso de roteiro semiestruturado, contendo questões fechadas e abertas. O conteúdo das entrevistas será inserido no Software NVivo e será tratado à luz da Análise Textual Discursiva.

Na certeza de contar com a sua colaboração aproveitamos a oportunidade para registrar nossa consideração.

Rio Grande, de 2018.

Prof. Dr. Edison Luis Devos Barlem

Dda. Cristiane Lopes Amarijo

APÊNDICE D - Declaração do Diretor da Escola de Enfermagem

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: O exercício da *parrhesia* por enfermeiros da atenção básica no cuidado a mulheres em situação de violência doméstica e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Declaro, também, que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto e autorizo a sua execução nos termos propostos.

Rio Grande, de 2018.

_____

Diretor(a) EEnf/FURG

APÊNDICE E– Solicitação de Autorização do secretário Secretaria de Município da Saúde do Rio Grande/RS

Sr Maicon de Barros Lemos

Eu, Cristiane Lopes Amarijo, solicito a autorização para realizar a pesquisa intitulada "O exercício da *parrhesia* por enfermeiros da Atenção Básica no cuidado a mulheres em situação de violência doméstica" que tem como objetivo compreender o exercício da *parrhesia* por enfermeiros da Atenção Básica no cuidado a mulheres em situação de violência doméstica a partir do prisma das relações de poder. Esta pesquisa será realizada nas unidades de Atenção Básica a Saúde do município do Rio Grande, sendo os participantes os enfermeiros(as) atuantes nestas unidades. O projeto seguirá os preceitos éticos previstos na Resolução nº 466 de 2012, sob parecer nº _____ do CEPAS/FURG.

Rio Grande, de 2018.

_____

Doutoranda Cristiane Lopes Amarijo

Eu Maicon de Barros Lemos declaro para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "O exercício da *parrhesia* por enfermeiros da Atenção Básica no cuidado a mulheres em situação de violência doméstica" e autorizo a realização do mesmo nas unidades de Atenção Básica a Saúde do município do Rio Grande, sendo os participantes os enfermeiros(as) atuantes nestas unidades, sob a coordenação e reponsabilidade do pesquisador responsável Edison Luis Devos Barlem, da Universidade Federal do Rio Grande o qual terá o apoio desta instituição.

Rio Grande, de 2018.

_____

Maicon de Barros Lemos

APÊNDICE F – Unidades Básicas do município do Rio Grande

UBS	**Endereço**	**Telefone**
UBSF ACS EVANILDE NOGUEIRA	AV A – QUINTINHA	5332391298
UBSF DR JAIME COPSTEIN	RUA ANGELO TRINDADE – JARDIM HUMAITA I	5332303888
UBSF DR CARLOS ROBERTO RIET VARGAS	RUA F – CIDADE DE AGUEDA	5332312306
UBSF DR LUIZ GONZAGA DORA	RUA IRMAO ISICIO – CASTELO BRANCO	5332311938
CENTRO DE SAUDE NEWTON AZEVEDO	RUA JULIO DE CASTILHO – CASSINO	Tel: 5332361499
UBSF QUINTA RIO GRANDE	RUA JOAO MOREIRA – QUINTA	Tel: 5332391200
CENTRO DE SAUDE DR PEDRO ARMANDO GATTI	RUA DOS VELEIROS – PARQUE MARINHA	Tel: 5332351012
UBSF MARLUZ RIO GRANDE	RUA PAULO DE FRONTIN – PARQUE MARLUZ	Tel: 5332312304
UBSF JOSE SALOMAO PROFILURB RIO GRANDE	RUA 11 – PROFILURB I	Tel: 5332308093
UBSF POVO NOVO RIO GRANDE	PRACA CORONEL MARCELINO – POVO NOVO	Tel: 5332379157
UBSF DR VICENTE MARIANO PIAS	RUA JOAO MAGALHAES – SAO MIGUEL	Tel: 5332357795
UBSF QUERENCIA	AVENIDA BRASIL – QUERENCIA	Tel: 5332367103
POSTO DE SAUDE DA BARRA RIO GRANDE	RUA PRINCIPAL – 4 SECCAO DA BARRA	Tel: 5332341785
UBSF BOLAXA	RUA ANA PERNOGOTTI – BOLAXA	Tel: 5332362506
UBSF ILHA DOS MARINHEIROS	RUA FREDERICO DE ALBUQUERQUE – ILHA DOS MARINHEIROS	Tel: 5332378039
POSTO DE SAUDE DO PARQUE SAO PEDRO RIO GRANDE	RUA FRANCISCO FURTADO GOMES – PARQUE SAO PEDRO	Tel: 5332313716
UBSF TOROTAMA RIO GRANDE	RUA DA CORSAN – ILHA DA TOROTAMA	Tel: 5332377029
POSTO DE SAUDE DR SERGIO BRODT	RUA PARANA – MIGUEL DE CASTRO	Tel: 5332311627
POSTO DE SAUDE DA	SATURNINO DE BRITTO –	Tel:

JUNCAO RIO GRANDE	JUNCAO	5332304030
POSTO DE PUERICULTURA DRA RITA LOBATO RIO GRANDE	RUA APELLES PORTO ALEGRE – CENTRO	Tel: 5330351761
UBSF BERNADETHE	RUA ADEL DE CARVALHO – BERNADETH	Tel: 5332357808
POSTO DE SAUDE BAIRRO GETULIO VARGAS BGV RIO GRANDE	RUA MARCIANO ESPINDOLA – GETULIO VARGAS	Tel: 5330352539
UBSF SAO JOAO RIO GRANDE	ROBERTO SOCCOWSKI – SAO JOAO	Tel: 5332312161
UBSF SANTA ROSA RIO GRANDE	AV BELO BRUM – SANTA ROSA	Tel: 5332355173
UBSF TAIM	CAPILHA BR 471 – TAIM	Tel: 5399639683
POSTO DE SAUDE SANTA TERESA	RUA CAIO – SANTA TEREZA	Tel: 5330351225
UBSF SAO MIGUEL 2 AREA 15	RUA DR EDUARDO ARAUJO – SAO MIGUEL	Tel: 5332306961
UBSF CAIC RIO GRANDE	AV ITALIA – VILA MARIA	Tel: 5332336607
UBSF DOMINGOS PETROLINE RIO GRANDE	RUA VALDEMAR C DE AGUIAR – DOMINGOS PETROLINI	Tel: 5338021002