

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
Programa de Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da
Violência

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL NO CUIDADO AS MULHERES EM SITUAÇÃO
DE VIOLÊNCIA: uma experiência exitosa

Belo Horizonte

2019

Ana Paula Chaves de Miranda

**QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL NO CUIDADO AS MULHERES EM SITUAÇÃO
DE VIOLÊNCIA: uma experiência exitosa**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Orientadora: Profa. Dra. Amanda Márcia dos Santos Reinaldo

Belo Horizonte

2019

Miranda, Ana Paula Chaves de.

M672q

Qualificação profissional no cuidado as mulheres em situação de violência[manuscrito]: uma experiência exitosa. /Ana Paula Chaves de Miranda. - - Belo Horizonte: 2019

79 f.: il.

Orientador(a): Amanda Márcia dos Santos Reinaldo

Área de concentração: Promoção a saúde e Prevenção a Violência.

Dissertação(mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais Faculdade de Medicina.

1. Capacitação Profissional. 2. Violência contra a Mulher. 3. Integralidade em Saúde. 4. Comunicação Interdisciplinar. 5. Educação Continuada. 6. Promoção da Saúde. 7. Política Pública. 8. Dissertação Acadêmica. I. Reinaldo, Amanda Márcia dos Santos. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 309



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA/MP

UFMG

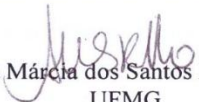
FOLHA DE APROVAÇÃO

Saúde da Mulher em Situação de Violência: Um Olhar de quem cuida


ANA PAULA CHAVES DE MIRANDA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 11 de julho de 2019, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Amanda Márcia dos Santos Reinaldo - Orientador
UFMG


Prof(a). Elza Machado de Melo
UFMG


Prof(a). Torcata Amorim
UFMG

Belo Horizonte, 11 de julho de 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora: Profa. Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor: Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Fabio Alves da Silva Junior

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Mário Fernando Montenegro Campos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Humberto José Alves

Vice-Diretora da Faculdade de Medicina: Profa. Alamanda Kfoury Pereira

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação: Profa. Eli Iola Gurgel Andrade

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social: Prof. Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social: Prof^a Palmira de Fátima Bonolo

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência: Prof^a. Elza Machado de Melo

Subcoordenadora Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência: Prof^a. Cristiane de Freitas Cunha Grillo

COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Profa. Cristiane de Freitas Cunha – Titular

Profa. Eliane Dias Gontijo – Titular

Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira – Titular

Profa. Elza Machado de Melo – Titular

Profa. Soraya Almeida Belisario – Titular

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro – Titular

Profa. Andréa Maria Silveira – Suplente

Prof. Marcelo Grossi Araujo – Suplente

Profa. Eugenia Ribeiro Valadares – Suplente

Profa. Stela Maris Aguiar Lemos – Suplente

Profa. Izabel Christina Friche Passos – Suplente

REPRESENTANTES DISCENTES

Maria Beatriz de Oliveira – Titular

Marcos Vinícius da Silva – Suplente

A todas as mulheres que cruzaram meus caminhos
e dividiram comigo suas histórias de alegria e de
dor...

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por ter me permitido dar mais este passo, me dando força e coragem para enfrentar os desafios, me iluminando e me direcionando a seguir o melhor caminho sempre.

A minha família, em especial a minha mãe e minha filha pela compreensão pelas minhas ausências, apoio e incentivo diário.

A equipe do Serviço Social do Hospital Sofia Feldman, por ter me apoiado e organizado meus horários para eu poder cursar o mestrado.

As colegas do grupo de estudo Danielle, Sônia e Heliane por todas as trocas, ensinamentos diários, apoio emocional e parceria.

A professora Elza por toda inspiração que ela transmite a nós alunos para trabalhar com o enfrentamento da violência contra a mulher e pelos ensinamentos diários.

As minhas amigas Kele e Ana Maria pelo encorajamento e na escuta nas tomadas de decisões.

A Fabi Bibliotecária por todo seu empenho e auxílio na construção do projeto de pesquisa para o processo seletivo do mestrado profissional.

E a minha parceira e orientadora Amanda, por ter acolhido minhas angústias, inquietações, mas também por ter me incentivado e dividido comigo a construção deste trabalho.

O conhecimento se faz a custo de muitas tentativas e da incidência de muitos feixes de luz, multiplicando os pontos de vista diferente. A incidência de um único feixe de luz não é suficiente para iluminar um objeto. O resultado dessa experiência só pode ser incompleto e imperfeito, dependendo da perspectiva em que a luz é irradiada e da sua intensidade. A incidência a partir de outros pontos de vista e de outras intensidades luminosas vai dando formas mais definidas ao objeto, vai construindo um objeto que lhe é próprio. A utilização de outras fontes luminosas poderá formar um objeto inteiramente diverso, ou indicar dimensão inteiramente nova ao objeto. (Limoeiro Cardoso, 1978)

Que todo dia seja dia de você ser bem tratada
Que a peleja da vida lhe faça encorajada
Que a ferida cicatrize e a dor seja aliviada
Que todo dia seja dia de você ser renovada
De ser mil em uma só ser talvez reinventada
De ser o que quiser ser, sem precisar ser julgada
Mulher, que todo dia seja dia de você ser conquistada
De ouvir palavras doces que lhe deixem embriagada
E no toque mais suave, ter a pele arrepiada
Que todo dia seja dia de ter a boca beijada
Que na força da leveza tenha a cintura abraçada
Pra ficar melhor só falta no cangote ser cheirada
Que todo dia seja dia de tu ser paparicada
De ter o mundo aos seus pés pra você ser bajulada
E que não precise festa pra você ser festejada
Que todo dia seja dia de tu ser admirada pela força, pela garra,
pela coragem estampada de ser verdadeira e justa mesmo sendo injustiçada
Que todo dia seja dia de você ser engraçada, pois sorrir e fazer rir deixa a alma aliviada
Mas se a tristeza chegar, que tu seja consolada
Que todo dia seja dia de sair pela calçada de caminhar do seu jeito,
discreto ou com rebolada de mini saia ou de burca e não ser assediada
Que todo dia seja dia de você ser mais ousada
De amar quem quiser amar e por alguém ser amada
O amor é o melhor transporte pra seguir essa jornada
Enfim mulher, que todo dia seja dia de não ter a voz calada
E se alguém ousar calar, que essa voz seja elevada
Que todo dia seja o dia da mulher ser respeitada
Bráulio Bessa

RESUMO

Em face a violência contra a mulher tem-se como contraponto política pública, leis e ações integradas transversais que contribuem para que o atendimento à mulher vitimada seja multiprofissional, colaborativo, ético e que os profissionais que atendem às mulheres tenham formação e capacitação para o atendimento ofertado. O objetivo do estudo foi discutir a experiência de trabalho profissional no Ambulatório de Promoção de Saúde da Mulher em Situação de Violência e Vulnerabilidade/Para Elas para a atuação e formação em saúde. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Os participantes da pesquisa foram os profissionais que prestaram cuidados de forma direta as mulheres atendidas no ambulatório. O instrumento para coleta de dados do estudo foi a entrevista semiestruturada realizada com os profissionais. A análise dos resultados foi realizada por meio da análise de conteúdo, e as categorias identificadas foram: Um novo olhar sobre a violência contra a mulher; Promoção da saúde como possibilidade de mudança de vida; Trabalho multiprofissional e interdisciplinar sustentam as ações do ambulatório; e a Roda e movimento: de vítima a protagonista de sua própria história. Aponta-se a necessidade de aprofundamento do tema sob a perspectivas das mulheres atendidas no ambulatório possibilitando a interlocução entre o vivido pelo profissional e a experiência da mulher acolhida no ambulatório Para Elas.

Palavras-Chave: Capacitação Profissional; Violência contra a Mulher; Integralidade em Saúde; Comunicação Interdisciplinar; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

In the face of the violence against women there is as a counterpoint public regulations, laws and integrated actions that help ensure that the care provided to women victims is multiprofessional, collaborative, ethical and that the professionals who attend those women have the training and qualifications required for the service offered. The aim of the study was to discuss the experience of professional work in the Ambulatory for the Women in Violence and Vulnerability Situation's Health/ "Para elas" for the health performance and qualification. This is a descriptive, exploratory study, with a qualitative approach. The subjects of the research were professionals who provided direct care to the women attending the ambulatory. The instrument of study used for the data collection was the semistructured interview with the professionals. The analysis of the results was performed through content parsing, and the categories identified were: a new view at the violence against women; health promotion as a life change possibility; multiprofessional and interdisciplinary work as ambulatory support; wheel and movement: from victim to own story's protagonist. The need to deepen the subject under the perspective of the women assisted in the ambulatory is pointed out, allowing the interaction between the professional's knowledge and experience of the the women who attend the "Para Elas" Ambulatory.

Key words: professional Training, violence against women, Integrality in Health, Interdisciplinary Communication, Continuing Education, health promotion.

LISTAS DE ABREVIATURAS

CES	Câmara de Educação Superior
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP/UFMG	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
GAERE	Gerencias de Vigilâncias Sanitárias
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
SINESPJC	Sistema Nacional de Estatísticas de Segurança Pública e Justiça Criminal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	15
2.1	Geral	15
2.2	Objetivos específicos.....	15
3	ESTADO DA ARTE SOBRE O TEMA	16
3.1	A violência contra a mulher e as políticas públicas para a área	16
3.1.1	<i>Linha do tempo.....</i>	19
3.2	A promoção da saúde, a integralidade e o cuidado humanizado da mulher em situação de violência	22
3.3	A assistência das mulheres em situação de violência na perspectiva da interdisciplinaridade	27
3.4	Educação permanente em saúde e o ambulatório enquanto campo formador.....	30
4	MARCO TEÓRICO CONCEITUAL	35
4.1	A teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas	35
4.2	A ação comunicativa, o mundo da vida e a violência	37
4.3	Ação comunicativa e a prática profissional em saúde	39
5	METODOLOGIA	42
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
6.1	Caracterização dos participantes entrevistados	46
6.2	Apresentação e análise dos resultados das entrevistas	48
6.2.1	<i>Um novo olhar para a violência contra a mulher.....</i>	48
6.2.2	<i>Promoção da saúde como possibilidade de mudança de vida.....</i>	52
6.2.3	<i>Trabalho multiprofissional e interdisciplinar sustentam as ações do ambulatório.....</i>	59
6.2.4	<i>Roda e movimento: de vítima a protagonista de sua própria história....</i>	62
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
	REFERÊNCIAS.....	70
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA MULTIPROFISSIONAL.....	77
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	78
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	79

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher tem sido um dos temas que ganharam visibilidade nos diversos meios de comunicações, nos espaços coletivos, e nos serviços de saúde, assistência social e segurança. Tal repercussão é tem sido confirmada pelas estatísticas e notificações dos atos violentos e assassinatos de mulheres no âmbito público e privado a nível global

O fenômeno da violência praticado contra as mulheres constitui umas das principais formas de violação de direitos humanos, atingindo-as em seu direito a vida, a saúde, a convivência com outras pessoas e a sua integridade física e mental.

Dentre as diferentes formas, tem-se a violência contra mulher que é caracterizada como qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada (CONVENÇÃO DO BELÉM DO PARÁ, 1994).

Entende-se que a violência tomou uma proporção significativa e que está presente na agenda das políticas públicas em diferentes cenários, tornando-se essencial a interação de todas as redes socioassistenciais para se discutir a temática devido aos prejuízos psicossociais para as mulheres. Essa realidade demanda cada vez mais dos serviços investimentos para se construir estratégias de sensibilização, prevenção e minimização dos danos a vida das vítimas.

Apesar de difícil averiguação por profissionais de saúde, a violência contra a mulher é praticada em sua maioria no ambiente doméstico. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), ela representa um problema de saúde pública considerando que 35% das mulheres ao redor do mundo sofrem violência física e/ou sexual por um parceiro íntimo ou violência sexual por uma pessoa sem vínculo afetivo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Pensar na condição de mulheres vítimas de violências, sobreviventes das suas diversas manifestações e consequências me fez questionar como nós profissionais das diferentes áreas da política pública poderíamos trabalhar com a promoção da saúde de maneira interdisciplinar por meio dos diversos saberes e conhecimentos técnicos, rompendo com o enfoque medicamentoso e hegemônico nos serviços de saúde e adotando como estratégia a integralidade e a humanização nos serviços disponibilizados. E como podemos no nosso dia a dia possibilitar e protagonizar ações de prevenção considerando os números alarmantes de casos

que se multiplicam, baseando em estatísticas fidedignas vinculados aos bancos de dados epidemiológicos, secretarias de estado e de segurança pública.

A luta das mulheres ao longo desencadeou política pública e legislação de proteção a vítima e enfrentamento a violência nas suas diversas formas, mas que ainda não é o bastante para o combate e erradicação do fenômeno. A cultura machista, sexista, patriarcal ainda prevalece nos dias de hoje, desafiando a política pública a lidar com tal problema. Por isso, a saúde, a assistência social e política de segurança têm a missão de dialogar entre si, trabalhar intersetorial, criando estratégias de intervenções e cuidados as vítimas, reconhecendo que a partir de capacitações, educação continuada em saúde, é possível ofertar serviços de qualidade e humanização a todos que precisarem.

A escolha do Ambulatório de Promoção de Saúde da Mulher em Situação de Violência Vulnerabilidades/Para Elas, como campo de pesquisa se deu por ter participado como profissional de suas atividades como pré-requisito para a conclusão do mestrado profissional. Naquele local surgiram algumas indagações em torno das práticas disponibilizadas para mulheres em situação ou vítimas de violência e sobre os caminhos necessários a se trilhar pra se ter ações assertivas, compromissada, resolutivas no trato com a mulher.

O ambulatório/Para Elas conta com a participação de mestrandos das mais variadas especialidades, e tem como um de seus pilares o intercâmbio e capacitação de profissionais, para a construção de uma linha de cuidado e empoderamento das mulheres atendidas por meio da prática da dialética e construção da autonomia. A teoria da ação comunicativa de Habermas é a base conceitual do Ambulatório e tem como estratégia para a superação da violência o diálogo, o falar e a interação entre pessoas como praxi emancipatória.

Diante dessas experiências e diálogos com o saber e o fazer, indaga-se: A experiência de trabalho profissional no Ambulatório de Promoção de Saúde da Mulher em Situação de Violência e Vulnerabilidades/Para Elas contribui para a formação e atuação em saúde? É possível identificar a promoção da saúde e integralidade do cuidado sob a ótica dos profissionais do ambulatório e discutir sobre as contribuições do atendimento Interdisciplinar para a saúde da mulher em situação de violência? Como a prática profissional no ambulatório colabora para a educação permanente?

Tratar o tema violência contra a mulher não é algo novo, mas que se faz necessário discutir rotineiramente quando ainda não se tem respostas concretas e efetivas para o fazer profissional. A relevância social e acadêmica em abordar tal temática, visa a construção de uma linha de cuidado, protocolos, espaços de diálogos, onde prioritariamente se discuta a promoção da saúde integral da mulher em situação de violência, e prevenção das múltiplas violências. E mais, buscar estratégias para minimizar os problemas que permeiam esse fenômeno, e ações de prevenção, proteção, cuidado humanizado e abordagem das mulheres na perspectiva de não provocarmos mais danos a sua saúde e vida.

Diante do exposto, este estudo apresenta como objetivos:

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Conhecer as contribuições do trabalho profissional no Ambulatório de Promoção de Saúde da Mulher em Situação de Violência e Vulnerabilidades/Para Elas para a formação e a atuação em saúde.

2.2 Objetivos específicos

- a) Levantar as contribuições do atendimento interdisciplinar para a saúde da mulher em situação de violência;
- b) Discutir a promoção de saúde e integralidade do cuidado sob a ótica dos profissionais do ambulatório;
- c) Descrever a colaboração da prática profissional no ambulatório para a educação continuada.

3 ESTADO DA ARTE SOBRE O TEMA

3.1 A violência contra a mulher e a políticas públicas para a área

A violência contra a mulher é um grave fenômeno social, de alta complexidade e multifatorial, que impacta diretamente na saúde, nas suas relações e que compromete o presente e o futuro de mulheres, crianças, homens e suas respectivas famílias.

As raízes deste processo são oriundas de um contexto histórico pautado na supervalorização da figura masculina potencializando a relação de submissão da mulher, onde para a mesma foi atribuído os afazeres domésticos, a invisibilidade e a pouca voz diante da sociedade, predominando por muito tempo à mulher a condição de segundo sexo, questionada por Simone de Beauvoir (BEAUVOIR, 1980).

Essa violência ocorre por meio das relações afetivas e interpessoais e disfuncionais, e é potencializada pelas desigualdades de gênero, fortalecidos e perpetuados por valores, crenças e a cultura patriarcal. O problema pode se apresentar de várias formas, contextos e gravidades diferentes, como a violência doméstica e familiar, e a violência por parceiro íntimo.

A violência doméstica é definida por aquela que ocorre dentro do lar envolvendo familiares, pais, parentes, amigos e conhecidos que compartilham a mesma moradia. A violência por parceiro íntimo é entendida como forma de ameaça ou uso de violência física, sexual, psicológica, emocional, e/ou mecanismo de controle e dominação, intimidação, humilhação, exercida pelo companheiro, atual ou anterior, dentro do casamento, de uniões estáveis ou namoro.

Ambas as violências podem ser praticadas por pessoas próximas a mulher, pessoas da sua confiança, o que origina danos como: transtornos mentais, prejuízo no desempenho educacional ou econômico, a adoção de práticas sexuais não seguras, redução das habilidades de vinculação parental e aumento de comportamentos de risco à saúde, como o abuso de drogas e álcool, entre outros (GARCIA; SILVA, 2018).

Desde os meados dos anos 70, a violência contra a mulher é entendida como um problema de saúde pública, significando uma parcela considerável de morbidade e mortalidade na população, tornando-se necessário um olhar amplo para temática.

O relatório sobre Violência e Saúde da World Health Organization (WHO, 2010) classifica a violência em três categorias: autodirigida (suicídio, tentativas de suicídio e auto abuso); interpessoal (violência juvenil, violência por parceiro íntimo, a violência sexual, maus tratos em crianças e abuso de idosos); e coletiva (guerra e outras formas de conflitos armados, genocídio, repressão e tortura).

O perfil das mulheres vítimas de violência de acordo com estudo realizado em 2017 em Vitória da Conquista (BA) que utilizou os dados no Sistema de Informação de Doenças e Agravos Notificáveis (SINAN) numa amostra de 1.570 notificações do período de 2011 a 2014. Concluiu-se que as mulheres tinham baixa escolaridade, baixa renda, sem ocupação, residentes em zona rural, caracterizando uma situação de dependência do agressor. A faixa etária é de 30 a 49 anos com 45% dos casos e 20 a 29 anos com 26% dos casos (SILVA *et al.*, 2017).

A violência contra a mulher pode desencadear sintomas associados ao estresse, tais como irritabilidade, autoestima diminuída, insegurança profissional, mutilações, fraturas, dificuldades ligadas a sexualidade, complicações obstétricas, tristeza, solidão, raiva, falta de motivação e dificuldades nos relacionamentos, provocando agravos para a saúde mental das vítimas, como estresse pós-traumático, que consiste na maneira de reviver o trauma produzindo angústia e sofrimento psicológico intenso para a mulher, o que pode causar isolamento social e baixa qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2017).

Vista como um grave problema de saúde pública e de direitos humanos, a violência contra a mulher acarreta consequências tanto na vida social e na saúde física quanto na saúde psicológica das vítimas e de seus familiares. Tais questões ocasionam impacto nos serviços das diferentes redes de assistência a saúde e de serviços intersetoriais, o que requer do estado um posicionamento frente a esta demanda e uma organização para prestar o melhor atendimento possível por meio de uma política de saúde clara e funcional para o enfrentamento desse fenômeno.

A intersetorialidade dos serviços de acordo com Bellini e Faler (2014) é entendida como a possibilidade de enfrentamento de situações complexas da população, diante da articulação de saberes e experiências para o planejamento, de avaliação de políticas, programas e projetos buscando resolutividade do problema. Isto nos faz compreender que este seja um dos caminhos para o enfrentamento da violência e promoção da saúde da mulher em situação de violência.

Algumas mudanças significativas ocorreram no contexto da história da mulher, considerando as legislações de proteção e cuidado, porém os índices de violências, de feminicídios têm aumentado no Brasil e no mundo. De acordo com o Atlas da Violência 2018: políticas públicas e retratos dos municípios brasileiros 4.645 mulheres foram assassinadas no país, no ano de 2016, o que representa uma taxa de 4,5 homicídios para cada 100 mil brasileiras (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2018).

As políticas para o enfrentamento da violência contra a mulher apresentam marcos políticos e sociais importantes para a compreensão da história de luta da efetivação dos direitos das mulheres. São conferências, acordos internacionais e convenções com temas voltados para as questões femininas, que corroboraram com a construção de políticas públicas. Apresenta-se abaixo, uma linha do tempo com os principais marcos políticos sociais, embora optamos por nos deter em alguns que influenciaram na mudança de condutas em relação ao atendimento e atenção à mulher vítima de violência no Brasil.

3.1.1 Linha do tempo

1948	IX Conferência Internacional Americana: Convenção Interamericana Sobre a Concessão dos Direitos Civis da Mulher.
1952	Convenção sobre o Amparo à Maternidade.
1953	Convenção sobre os Direitos Políticos das Mulheres.
1958	Convenção sobre Discriminação no Emprego e na Ocupação.
1985	Criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM).
1985	Criação na cidade de São Paulo da primeira delegacia de defesa da mulher.
1986	Criação no Rio de Janeiro da 1ª Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) do país.
1986	Criação da primeira Casa-Abrigo pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo.
1988	Promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil.
1994	Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Belém do Pará.
2003	Lei da Notificação Compulsória.
2003	Criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM).
2004	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).
2004	1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres – Brasília.
2004	Lei no 10.886, que modifica o Código Penal, criando tipo especial de violência, denominado “Violência Doméstica”.

2005	Criação da Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180).
2006	Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA)
2006	Vigilância em Saúde (Pacto pela Saúde)
2006	Lei Maria da Penha (Lei no 11.340/2006).
2007	2a. Conferência de Políticas para as Mulheres.
2007	Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher.
2008	Publicação do II Plano Nacional de Políticas da Mulher (PNPM).
2009	Lei 12.015/2009 (Lei do Vulnerável).
2010	Portaria no. 85 - Diretrizes de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta
2011	Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres
2011	Convenção sobre o Trabalho Doméstico (OIT)
2011	3a Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (III CNPM)
2013	Decreto 7.958 (19/09/2013) – Diretrizes para atendimento às Vítimas de Violência Sexual
2013	Lei no 12.845 (01/08/2013) – Atendimento Obrigatório e Integral de Pessoas em Situação de Violência Sexual

Fonte: Elaborado pela autora

Em 2005 foi criado o Disque 180 – Central de Atendimento a Mulher em Situação de Violência do Governo Federal com o objetivo de receber denúncias ou relatos de violência, reclamações sobre os serviços da rede e realizações de orientações para as vítimas. De janeiro a junho de 2018, recebeu 38.681 ligações de denúncias de violência contra a mulher (BRASIL, 2018a).

A lei Maria da Penha de nº 11.340 foi criada em 2006 para coibir a violência doméstica contra a mulher a partir de uma perspectiva de gênero e de uma visão integral deste fenômeno. A lei caracteriza violência doméstica as seguintes formas: física, psicológica, moral, sexual e patrimonial (BRASIL, 2019), e prevê punições para o agressor e medidas protetivas para a vítima. O seu descumprimento por parte do autor passou a ser considerado crime (BRASIL, 2018b).

Em 2011 foi criada a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. A política encontra-se em consonância com a Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), e com convenções e tratados internacionais ratificados pelo Brasil, que visam prevenir e combater a violência contra as mulheres, assim como garantir a elas assistência e direitos (BRASIL, 2011).

Na perspectiva de assegurar melhores estatísticas sistemáticas e oficiais que apresentem a real situação da violência contra a mulher no Brasil o Estado teve a iniciativa de criar duas fontes para garantir os registros dessas notificações: o sistema de notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher, sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) e o Sistema Nacional de Estatísticas de Segurança Pública e Justiça Criminal (SINESPJC) (BRASIL, 2011).

A subnotificação dos casos de violência é um problema que faz com que as estatísticas não nos apresentem os números reais de pessoas que foram expostas a qualquer forma de violência. É sabido que um dos fatores que agravam a ineficiência destes dados é a falta de esclarecimentos dos profissionais quanto a finalidade de notificar a ocorrência dos casos. Tanto os profissionais de saúde e das outras áreas ainda confundem a notificação, que é um dado epidemiológico, com a denúncia e por medo da sua exposição, acabam não fazendo.

A lei 12.845/13 foi criada para garantir a obrigatoriedade do atendimento integral as vítimas de violência sexual em todos os serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013a). Em 2015 foi construída a norma técnica que orienta a atenção humanizada as pessoas em situação de violência sexual com registros de informações e coleta de vestígios,

ambas visando à melhoria da assistência a este público específico, e minimizando os possíveis constrangimentos. Devido ao grande número de assassinatos de mulheres, o congresso aprovou a lei de nº 13.104, de 9 de março de 2015, chamada de Lei do Femicídio (BRASIL, 2015).

Em decorrência da necessidade de atendimento qualificado e especializado para atender as mulheres que passaram pela experiência de exposição a violência, foram criados equipamentos para oferecer suporte, apoio e acolhimento as vítimas. A Rede de Atendimento as Mulheres em Situação de Violência é composta por centros de referências, casas abrigo, juizados de violência doméstica, delegacias da mulher, central de atendimento a mulher, ouvidorias, defensorias das mulheres e serviços de saúde.

3.2 A promoção da saúde, a integralidade em saúde e o cuidado humanizado da mulher em situação de violência

A primeira conferência internacional de saúde realizada em 1986 no Canadá apontou a importância da saúde, partindo do entendimento do seu valor para a vida de maneira integral e indispensável para a sobrevivência.

A conferência resultou na promulgação da Carta de Ottawa, documento que enfatiza a promoção da saúde como fator fundamental para a melhoria da qualidade de vida das populações, e sinaliza que a promoção da saúde deve ser uma responsabilidade compartilhada por diversos setores sociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986).

Antes de aprofundar no conceito de promoção da saúde faz-se necessário apresentar o conceito de saúde de acordo com a OMS (1986), que define saúde, como o bem-estar físico, mental e social, mais do que a mera ausência de doença.

A promoção da saúde baseia-se em dois pilares: um diz respeito aos nossos comportamentos cotidianos e o outro, as circunstâncias em que vivemos. Ambos são determinantes na vida e saúde do ser humano, desafiando as políticas de saúde a pensar no sujeito com um todo, nas suas necessidades e manifestações. Surgiu então, o termo integralidade em saúde nos meados dos 70 e 80 com Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, onde diversos movimentos lutavam por melhorias nas condições de vida, de trabalho, da saúde e da formulação de políticas específicas de atenção para os cidadãos (SILVA et. al, 2017; BRASIL 2014).

Com a consolidação do SUS, pela Constituição Federal de 1988, regulamentada pela Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, teve como proposta e pilar de sua construção os seguintes princípios doutrinários: a universalidade, integralidade e equidade. A universalização diz sobre o acesso as ações e serviços de saúde, de forma resolutiva dentro dos limites e possibilidades de um sistema, que todo cidadão onde quer que esteja tenha direito a saúde. A integralidade foi descrita como a garantia dos serviços preventivos, curativos e coletivos que visa a assistência de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos de direito. E equidade é descrita e entendida como o direito a igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde para todo cidadão de acordo com suas necessidades (MIRANDA, 2015).

Em 2006, outro importante avanço que ocorreu foi a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) instituída pela portaria MS/GM nº 687, fortalecendo o compromisso do Estado com a ampliação e a qualificação de ações e promoção da saúde nos serviços e gestão dos SUS (BRASIL, 2014).

A promoção da saúde consiste em ações voltadas para o sujeito por meio de políticas e programas de saúde pública, na perspectiva de evitar que as pessoas se exponham a fatores condicionantes e determinantes de doenças. E para entendermos melhor a promoção da saúde, temos que compreender o significado de integralidade em saúde.

A integralidade como definição legal e institucional é definida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde em cada nível de complexidade do sistema, constituída como ato em saúde nas vivências cotidianas dos sujeitos, germinando experiências que produzem transformações na vida das pessoas, cujas práticas eficazes de cuidado superam os modelos idealizados para sua realização (PINHEIRO, 2005).

A integralidade enquanto princípio do SUS de acordo Souza *et al.* (2012), procura garantir ao indivíduo uma assistência a saúde que ultrapasse a prática curativa, considerando o indivíduo em todos os níveis de atenção e seu contexto social, familiar e cultural.

Na área da saúde, a integralidade ultrapassa qualquer modelo tecnológico, nos desafiando a sermos críticos e repensar numa nova metodologia dos processos de trabalho, em virtude de novos saberes, bem como, práticas assertivas ao conhecimento clínico e saberes práticos. A atenção deve ser voltada na perspectiva

do usuário, baseada na interação entre profissional e usuário, compreendendo as necessidades das pessoas que recebem o cuidado.

Na perspectiva de garantir a integralidade da atenção à saúde, o Ministério da Saúde (MS) em 2013, revisou e aprimorou a PNPS, coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e com participação democrática de movimentos sociais, instituições de ensino e setores da política pública de saúde, e foi redefinida e publicada a portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014 (BRASIL, 2014).

A PNPS no art. 4º apresenta princípios relevantes para alcançar seus objetivos, tais como: equidade, participação social, autonomia, empoderamento, inter e intrasetorialidade, sustentabilidade, integralidade e territorialidade (BRASIL, 2014). A PNPS também objetivava promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos a saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.

A integralidade como fim na produção de uma cidadania do cuidado se dá pelo modo de atuar democrático, do saber fazer integrado, em um cuidar que é alicerçado numa relação de compromisso ético-político de sinceridade, responsabilidade e confiança entre sujeitos, reais, concretos e portadores de projetos de felicidade (PINHEIRO, 2005).

O cuidado integral não pode estar descolado de ações individuais e coletivas que promovam saúde a quem dele necessita, essas questões implicam em discussões aprofundadas sobre direito a saúde, segurança pública e outros pontos associados a seguridade social, aos quais não vamos nos deter, mas optamos por discutir questões como integralidade, cuidado humanizado e comunicação interdisciplinar, por entendermos que nosso objetivo de investigação para ser alcançado, passa pela incorporação desses conceitos, entre outros, quando se pensa no cuidado a mulher em situação de violência.

Os serviços de saúde e os demais equipamentos possuem como responsabilidade acolher, escutar, apoiar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver ou minimizar a maioria dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2012). Estas ações devem ser realizadas na perspectiva de amenizar ou evitar os possíveis agravos decorrentes das situações de violência vividas como traumas, gravidez indesejadas e repetidas, doenças sexualmente transmissíveis, hemorragias, lesões e infecções ginecológicas e urinárias, distúrbios

gastrointestinais crônicos, uso abusivo de álcool e outras drogas, depressão, suicídio e muitas vezes homicídios.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são consideradas uma potência para identificar mulheres em situação de violência, pois é a onde a comunidade recorre por estarem no mesmo território. É importante que as equipes de saúde estejam atentas para os sinais e sintomas da violência possibilitando a abordagem clínica psicossocial, o tratamento, os encaminhamentos necessários para diminuir as sequelas e traumas. As mulheres que sofrem violência são as que mais buscam cuidados nos serviços de saúde. Esses por sua vez se caracterizam como porta de entrada para o encaminhamento para os serviços especializados, mesmo que a mulher não relate a situação por vergonha ou medo (SANTOS *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2017).

Desta maneira, visando a vinculação da mulher ao serviço, é necessário discutirmos a Política Nacional de Humanização (PNH) criada em 2003, que preconiza a humanização, a qualidade e eficácia dos serviços. Segundo PNH, humanizar é valorizar que o outro é legítimo cidadão de direitos, reconhecendo-os como sujeitos necessários no processo de produção de saúde, visando uma política pública de saúde com integralidade, universalidade e equidade incorporando novas tecnologias, saberes e práticas (BRASIL, 2008).

A política preconiza o Acolhimento Humanizado. Acolher de acordo com a Cartilha da PNH (BRASIL, 2010), é dar acolhida, dar ouvidos, atender, receber, ou seja, o acolhimento humanizado é uma atitude de inclusão, é um ato ou efeito de acolher o usuário dentro de suas especificidades. Trabalhar com a ambiência pode favorecer um ambiente acolhedor no momento de um atendimento, potencializando a relação e vinculação do usuário/profissional de saúde facilitando um diagnóstico eficaz, estabelecendo a confiança e impulsionando a promoção da saúde.

De acordo com Lopes (2016), o acolhimento humanizado pode funcionar como facilitador na identificação da violência doméstica, considerando as diversas demandas das mulheres, o que resultaria em um melhor entendimento da situação pelo profissional e confiança para as mulheres relatarem o problema, influenciando de maneira positiva na sua saúde.

A humanização dos serviços visa a possibilidade das vítimas terem um atendimento imediato, de qualidade, onde o acolhimento e a atenção para cada caso são fundamentais para que as mulheres se sintam amparadas, confortáveis e

seguras. Assim, as ações dos profissionais da rede devem ser voltadas para o rompimento do ciclo da violência, de maneira respeitosa com os limites e necessidades da vítima, proporcionando a busca pela sua autonomia, fortalecimento e seu bem estar.

Durante o processo de atendimento as vítimas, os profissionais de saúde precisam manter uma preocupação com importantes princípios éticos como: Sigilo das informações e segurança do paciente ou usuário do serviço; intervenção oportuna, responsável quando a paciente der abertura e o não dano a sua saúde, atuando somente quando for capacitado para a situação; respeito ao seu tempo e suas decisões, mesmo que contrarie o esperado pelo profissional, além do cuidado de não provocar uma violência institucional contra a paciente. Esse tipo de violência pode ser caracterizada pela realização de atos de negligência na assistência, discriminação social, maus-tratos físicos e verbais, abuso sexual, assim como intervenções que podem provocar maiores danos à vítima (BRASIL 2001; AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; AGUIAR; D'OLIVEIRA, SCHRAIBER, 2013).

Recomenda-se que os profissionais que ofertam atendimento as mulheres vítimas de violência adotem uma postura ética, que promova o encorajamento, a segurança e a orientação da mulher, bem como conhecer a rede de apoio da mulher visando a proteção e a promoção da saúde da vítima (LIMA *et al.* 2017).

O modelo atual de atenção a saúde no país está baseado na atuação das equipes da saúde da família e outros equipamentos da rede socioassistencial tendo em vista a aproximação destes profissionais com a população e justificado na acessibilidade aos serviços públicos de prestação de cuidado, possibilitando as equipes uma posição privilegiada para identificação dos possíveis sinais de violência. Mas de acordo com Santos *et al.* (2018), a dificuldade dos profissionais de saúde em intervir em assuntos tidos como delicados e íntimos de seus usuários, faz com que a violência contra a mulher seja pouco percebida, ou pouco valorizada, nos serviços de saúde.

Nesse sentido é importante que e o acolhimento, o cuidado da mulher em situação de violência seja realizado por uma equipe interdisciplinar, que realize os atendimentos com preocupação ética, buscando qualidade no momento da abordagem e intervenção, compreendendo que a promoção de saúde é um dos caminhos para o enfrentamento da violência.

3.3 A assistência das mulheres em situação de violência na perspectiva da interdisciplinaridade e autonomia

O termo interdisciplinaridade surge no século XX, tendo em vista as limitações presentes no modo de pensar monodisciplinar diante da contemporaneidade e suas complexidades, fazendo com que os docentes e pesquisadores começassem a defender espaços de saberes e construção coletivos como essenciais para a formação do profissional de saúde (PUPPIN; SABÓIA, 2017).

Diante disto, o atendimento interdisciplinar ou comunicação interdisciplinar na perspectiva de ampliar a aproximação entre as disciplinas, começa a ser incorporado nos processos de formação e trabalho, promovendo e favorecendo o cuidado integral do ser humano, sendo uma importante estratégia para promoção de saúde e resolutividade das ações.

A interdisciplinaridade é considerada como um intercâmbio de saberes profissionais em diversos campos, exercendo dentro de um mesmo cenário, uma ação de reciprocidade, mutualidade, que pressupõe uma atitude diferenciada diante de um determinado problema, permitindo-se um olhar ampliado da situação (OLIVEIRA *et al.*, 2011). Com as conjunturas da atualidade, passou a ser evidente a necessidade da aplicação da interdisciplinaridade nos campos de atuação, tanto nas ações, quanto na formação acadêmica e prática, sendo um desafio e mudança para os profissionais de saúde.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde (Resoluções n°s 03, 04/2001 e n°s 03/2002, Câmara de Educação Superior (CES)/Conselho Nacional de Educação (CNE), entre outras) foram um marco relevante para a construção do pensamento coletivo advindo do movimento da Reforma Sanitária. Reivindicava-se por mudanças no modelo de formação dos profissionais da saúde, na perspectiva do atendimento as necessidades sociais da população, da formação de um profissional generalista, reflexivo, e comprometido com os princípios do SUS, da universalidade, equidade e integralidade da atenção a saúde.

No ensino, a interdisciplinaridade, não tem a intencionalidade de criar novas disciplinas ou saberes, mas sim, aproveitar todos os conhecimentos das disciplinas para compreender um fenômeno sob várias óticas a qual Minayo (2010), conceitua a interdisciplinaridade como uma articulação entre várias disciplinas, tendo como foco

o objeto, o problema ou o tema complexo, para o qual não basta a resposta somente de uma área. Trata-se, portanto, de uma estratégia para compreender, interpretar e explicar questões complexas, que no caso do SUS, é o usuário do sistema e suas especificidades.

A interdisciplinaridade passou a ser exigência interna do trabalho em saúde, porém como observado por Costa (2007), está no plano do desejo e menos no campo da prática, existindo dificuldades inclusive de compreensão do seu significado, apesar de sua importância. Ela propõe novos modelos de práticas em saúde de encontro com a política de humanização da assistência e integralidade das ações, bem como, tecnologias do cuidado, que impliquem na integração das equipes, construindo um perfil profissional crítico, criativo, propositivo e disponível ao novo.

Cabe ressaltar, que a oferta de uma equipe multiprofissional não é a garantia de interdisciplinaridade de um serviço. Conforme Farias *et al.* (2018), a falta de conhecimento e a forma como as disciplinas são abordadas na formação dos trabalhadores de saúde, compromete o olhar ampliado do processo saúde/doença e a capacidade de trabalhar em equipe, proporcionando resultados negativos para resolutividade do cuidado. Quando o assunto é saúde é necessário pensar numa abordagem interdisciplinar, multiprofissional e no trabalho coletivo.

O multiprofissionalismo é compreendido como o que permite reconhecer posições diferentes em relação a um mesmo objeto no qual os trabalhadores da saúde podem e devem se ajudar reciprocamente em suas dificuldades de maneira intencional e colaborativa e a interdisciplinaridade como a integração de diferentes saberes através de troca entre especialistas. O trabalho multiprofissional, na lógica da interdisciplinaridade, é uma possibilidade de ampliar a capacidade humana de compreender a realidade e os problemas que nela se apresentam de maneira colaborativa e efetiva no enfrentamento dos desafios complexos, pois através da junção da prática com o conhecimento é possível desenvolver o trabalho em equipe, fomentando a necessidade do usuário com a dinâmica dos serviços em saúde (FARIAS *et al.*, 2018; OLIVEIRA, *et al.*, 2011).

Conceituar e aplicar a interdisciplinaridade não é uma tarefa fácil, pois tem que haver um encontro de idéias, diálogos e práticas para acontecer a sua efetividade, e quando pensamos em mulheres em situação de violência, é

necessário discutir como seria esta abordagem inter, através do multiprofissional para conseqüentemente, melhorar a prática e atuação do profissional de saúde.

É sabido de acordo com Calvino e Ramos (2014) que as mulheres que sofreram violência manifestam dificuldades em buscar ajuda e apoio de profissionais, por diversos motivos, tais como: falta de confiança, vergonha, culpa, medo, dependência afetiva e material do parceiro. E qual seria a diferença da atuação interdisciplinar para esta circunstância? Estudos nos mostram que as estratégias de comunicação dos profissionais podem impactar positivamente na relação com as mulheres quando permeadas pela empatia, sensibilidade, aconselhamento, escuta, garantia de segurança, informações sobre os recursos legais, e mais, o respeito por seus direitos e escolhas (CORTES *et al.*, 2015).

Assim, baseado em Oliveira *et al.* (2011), a interdisciplinaridade deve ser vista como um processo em construção do cuidado, pautado em uma postura profissional que envolve capacidade de cooperação, respeito a diversidade, abertura para o outro, vontade de colaboração, diálogo, humildade e ousadia, diante da necessidade manifestada pelo o usuário de saúde que busca resolutividade e acolhimento para a sua situação. E a provocação é exatamente esta, que os profissionais de saúde interajam e discutam cada caso dentro das suas especificidades, de forma que se aproximem ao máximo de uma resposta e de uma resolutividade para a situação e mais, que consigam a vinculação e segurança necessária para atender as necessidades da mulher.

Para Pedrosa (2009), a violência contra a mulher é um fenômeno de alta complexidade que demanda o desenvolvimento de bom vínculo de cuidado, incorporação da perspectiva de gênero na atenção, abordagem interdisciplinar e articulação intersetorial para a transformação desta realidade. Mas mesmo identificando que o caminho é o trabalho conjunto, a mesma autora enfatiza que os profissionais e os serviços de saúde ainda apresentam dificuldades em abordar o tema, predominando o modelo de assistência centrado na doença, com poucas discussões dos casos, baixa comunicação entre os profissionais dos serviços e desconhecimento da equipe da rede de apoio social para o atendimento as vítimas.

Em tese, a interdisciplinaridade ou a comunicação interdisciplinar é entendida como a necessidade de integrar, articular, trabalhar em conjunto, discutir os casos e planejar estratégias e instrumentos de trabalho, por exemplo, protocolos de atendimentos, fluxogramas, metodologias de abordagem, clinica ampliada e projetos

terapêuticos para o cuidado com a mulher na busca do cuidado integral e da promoção de saúde. O diálogo entre os saberes é fundamental para efetividade do cuidado da mulher em situação de violência.

Então, para pensarmos em atendimento humanizado e integral, temos que enfatizar que as demandas requerem ações interdisciplinares e multiprofissionais compromissadas com a mulher, que garantam o seu acesso a justiça de forma integral e especializada, assegurando seus direitos quando estiver em risco ou em situação de violência. O atendimento adequado e qualificado segundo Tavares *et al.* (2017), é uma ferramenta indispensável no acolhimento, proteção e, principalmente, no encorajamento, fortalecimento das mulheres e principalmente no incentivo a sua autonomia.

Uma das principais formas de trabalhar com a violência contra a mulher é resgatar, fortalecer e desenvolver a sua autonomia para que a mesma consiga romper com o processo até atingir a superação dos danos causados. A Lei Maria da Penha prevê uma abordagem multidisciplinar concentrada na mulher, buscando garantir a segurança e acolhimento da mulher, mas também a promoção de sua autonomia psicológica e financeira, para melhor permitir sua emancipação.

Numa visão interdisciplinar, é necessário ressaltar a importância da interlocução dos profissionais na construção de ações e projetos terapêuticos singulares que estimulem o protagonismo da mulher e que ela compreenda a violência como um fenômeno multidimensional que a atinge gravemente, sendo importante que ela consiga promover transformações individuais e relacionais para romper com o ciclo de violência.

3.4 Educação continuada em saúde e o ambulatório enquanto campo formador

A formação acadêmica dos profissionais de saúde apresenta fragilidades no que concerne ao manejo de situações de violência de modo geral e também de violência contra a mulher, o que traz repercussões negativas na atuação profissional e na resolutividade de suas ações futuras (SOUZA; SOUSA, 2015).

A formação e a atuação dos profissionais que trabalham com mulheres vítimas de violência, se tornaram fundamentais para promoção de estratégias e intervenções integradas, articuladas e direcionadas as necessidades das vítimas e suas respectivas famílias (CALVINHO; RAMOS, 2014).

Santos *et al.* (2018) aponta que o SUS em relação ao atendimento das vítimas de violência precisa avançar nas ações e estratégias voltadas para a resolução deste problema, tendo como desafio ampliar o olhar dos profissionais de saúde na perspectiva de garantir a escuta e a atenção qualificada para as pessoas que a sofreram.

É fundamental o pensar, o agir, e o olhar de modo diferente a mulher em situação de violência e suas necessidades, sem perder a oportunidade de acolher a demanda de maneira humanizada e integral, com procedimentos e encaminhamentos assertivos, visando sempre a resolutividade que a situação demandar.

Entende-se que dentro das diversas barreiras enfrentadas para o atendimento à vítima de violência na perspectiva do cuidado integral, está à sensação de insegurança por parte dos profissionais, ausência de treinamento, lacunas na formação acadêmica, falta de manejo e conhecimento dos casos, ampliação do olhar para além das queixas biológicas, considerando que existem violências que são veladas (SANTOS *et al.*, 2018).

No estudo realizado por Santos *et al.* (2018) na Atenção Primária no município de Belo Horizonte com 53 entrevistados, foi identificado a necessidade de oferecer aos profissionais a compreensão do que é violência doméstica contra a mulher, formas de identificação, tratamentos e encaminhamentos necessários, bem como oferecer alternativas de melhorias, sendo as capacitações realizadas por meio da educação permanente/continuada.

Considerando que a vivência de violência impacta significativamente no processo saúde/doença, o setor saúde representa um espaço privilegiado para identificação destas situações. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004 que visa a transformação do trabalho em saúde, com o objetivo de estimular a atuação crítica, reflexiva, compromissada e tecnicamente eficiente. O respeito as características regionais e as necessidades específicas de formação dos profissionais que trabalham em serviços de saúde (BRASIL, 2004).

A educação permanente em saúde no seu conceito mais abrangente pode auxiliar no processo de construção e desconstrução no que diz respeito há alguns fenômenos em certa medida, talvez, mais do que nas especializações. Deve-se

apostar na graduação de qualidade e em residências ou mestrados/doutorados profissionais (OLIVEIRA; ZOCHE; ROHDEN, 2018).

Na perspectiva de complementar a rede de saúde diante das contradições entre direitos e recursos disponíveis e a realidade vivenciada pelas mulheres, o Ambulatório de Promoção a Saúde da Mulher em Situação de Vulnerabilidades/Para Elas, foi implantado em dezembro de 2016, em parceria com Hospital das Clínicas e a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria de Assistência Social de Belo Horizonte, sendo campo de prática para os alunos do Programa de Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Encontra-se locado na Alameda Vereador Álvaro Celso, 117 - Centro, Belo Horizonte, no Instituto Jenny de Andrade Faria, 4º andar. O horário de funcionamento é toda sexta-feira de 08:00 as 12:00 horas.

O objetivo central do ambulatório é promover a articulação em rede, horizontal e participativa, de serviços, universidade, movimento social, mulheres e homens, que contemple a utilização/disponibilização de conhecimentos teóricos, práticos e técnicos de várias tradições e áreas, convencionais e alternativos, individuais e coletivos, colocando-os a serviços da mulher e em parceria com a mulher (MELO *et al.*, 2016). O projeto do ambulatório adotou como base conceitual a Teoria da Ação Comunicativa, de Direito e Democracia de Habermas, mediada pela linguagem, pois entende-se que por meio da dialética é possível compreender os determinantes sociais que interferem na promoção da saúde e na práxis emancipatória dos sujeitos.

Foi pactuado com as 9 (nove) Gerencias de Vigilâncias Sanitárias (GAERE) que compõem o município, que as mulheres em situação de violência identificadas ou atendidas na rede, fossem encaminhadas para o ambulatório para atendimento especializado. Mas para garantir universalidade do acesso a todas que precisarem, o ambulatório é um equipamento porta aberta para o acolhimento das mulheres vítimas de violência e outras vulnerabilidades. Em média 40 mulheres são atendidas todas as sextas neste espaço.

Fruto dessa iniciativa e de um Programa intitulado “Para Elas, Por Elas, Por Eles e Por Nós”, que teve seu início no ano 2011 e associa ensino, pesquisa, extensão e intervenções nos setores de saúde e assistência social e nos territórios, gerando experiências inovadoras, produzindo conhecimentos, construindo

sociabilidade e solidariedade com a vida social e humana (MELO *et al.*, 2016). O ambulatório atua de maneira integrada com os profissionais que estão cursando o Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, sendo obrigatória a permanência de pelos menos seis (6) meses de prática no ambulatório como uma das disciplinas da sua grade.

Nesse espaço é possível o intercâmbio, a troca de saberes e práticas, pautado na dialética e vivências de cada um nos respectivos campos de trabalho, bem como, as expertises de profissional para profissional, de profissional para mulher, de mulher para mulher, enfim, um trabalho coletivo para o enfrentamento da violência e promoção da saúde dos participantes. Para Habermas (1987) apud Carvalho, Freire e Vilar (2012), a ação comunicativa é possível por meio das relações intersubjetivas, quando dois ou mais sujeitos buscam a interação, visando compreender algum objeto ou assunto por meio de um posicionamento comum.

Na perspectiva do cuidado integral e promoção da saúde da mulher em situação de violência, o ambulatório disponibiliza de cuidados individuais, coletivos e integrados, atendendo a necessidade e preferências da mulher de maneira que sejam construídos vínculos entre elas e delas com a equipe, vislumbrando soluções para seu problema e sua vida (MELO *et al.*, 2016). Do início do seu funcionamento até os dias de hoje, já passaram pela experiência do ambulatório de acordo com coordenação mais ou menos uns 170 alunos do mestrado profissional ou disciplinas isoladas das diversas áreas, como (ginecologista, psiquiatra, psicólogo, fonodólogo enfermeiro, assistente social, etc.) de terapia complementar (homeopatia, Reik, acupuntura, psicopedagoga, educador físico, antroposofia, lian gong, yoga e espiritualidade) e práticas coletivas (medicina do estresse, grupo de fribriomialgia, teatro, inglês, oficinas e rodas de conversas).

O ambulatório enquanto espaço formador permite ao profissional/mestrando ter contato direto com as mulheres sobreviventes de várias violências de suas diversas formas, e por meio deste encontro, é possível procurar compreender este fenômeno tão complexo que é a violência contra a mulher. E na lógica do ambulatório é provável que os profissionais da rede SUS-BH e integrantes do Projeto Para Elas acompanhem as mulheres desde o seu encaminhamento para este equipamento, no próprio equipamento e no retorno ao território. Existe enquanto proposta no ambulatório de que estas mulheres retornem aos territórios

depois de fortalecidas, empoderadas como multiplicadoras e protagonistas na mobilização para o enfrentamento da violência (MELO *et al.*, 2016).

Como estratégia de acolhimento as mulheres, enquanto aguardam o atendimento individual é ofertado a elas uma roda de conversa que vem se destacando com grande adesão, bem como metodologia de interação entre todos os participantes. A roda é um espaço de conversação, totalmente pautada na dialética, onde são abordados temas relacionados a violência e onde as mulheres são incentivadas a compartilhar as suas histórias enquanto proposta de enfrentamento e superação da violência, mas respeitando seu tempo e a escolha de querer falar. Pensando em integralidade do cuidado, promoção da saúde e prática profissional, a roda oportuniza a identificação de situações de saúde e vulnerabilidades das mulheres, mas também funciona como um espaço de escuta e observação para os profissionais.

O ambulatório desenvolve este papel de facilitador para o encontro, interação, aproximação entre vários profissionais e de experiências com as mulheres. A interdisciplinaridade, enquanto estratégia de formação para os profissionais de saúde de acordo com Linhares *et al.* (2014), pode proporcionar crescimento e desenvolvimento dos seus conhecimentos, e conseqüentemente melhorar as práxis existente nas equipes e ainda trazer vários reflexos na comunidade/público que está sendo assistido, provocando assim, melhorias na qualidade de vida dos usuários do serviço.

Além de ser um dispositivo de educação continuada que corrobora com aprendizagem/trabalho, o ambulatório proporciona a possibilidade de superação e enfrentamento de problemas complexos e modernos de saúde, o ambulatório desenvolve ações de forma cooperativa, multiprofissional, multidisciplinar e intersetorial.

Melo e Melo (2008), apontam que espaços como o ambulatório como um exemplo atual, são oportunos para formulação de estratégia e como equipamento que propicia o diálogo como forma essencial de formação de opinião e da vontade coletiva. E ocasionam encontros que inspiram, estimulam e multiplicam novos encontros, formando redes interativas, formando sujeitos, saberes e práticas coletivas.

4 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

4.1 A teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas

Buscando uma maior compreensão das relações entre os sujeitos e as violências por meio das suas manifestações e como lidar com seus danos e consequências para a saúde, recorreremos a Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas, como base conceitual para fundamentar o presente trabalho.

A teoria da ação comunicativa de Habermas se baseia na capacidade de que os sujeitos sociais são capazes de desenvolver e praticar ações para se comunicar com os seus pares, e com o todo por meio de um entendimento linguístico.

De acordo com Melo e Melo (2008) o entendimento linguístico é o acordo racional envolvendo mais de um sujeito mediado pela linguagem, no caso, a fala. A interação que ocorre entre os sujeitos de maneira harmoniosa, consensual e cooperativa em torno de uma finalidade e integrados pelo entendimento linguístico é chamada de ação comunicativa.

Habermas¹ (1987b, p. 418) apud Carvalho, Freire e Vilar (2012) define a ação comunicativa como:

[...] interação social em que os planos de ação dos diversos atores ficam coordenados pelo intercâmbio de atos comunicativos, fazendo, para isso, uma utilização da linguagem (ou das correspondentes manifestações extras verbais) orientada ao entendimento. À medida que a comunicação serve ao entendimento (e não só ao exercício das influências recíprocas), pode adotar para as interações o papel de um mecanismo de coordenação da ação e com isso fazer possível a ação comunicativa.

Na ação comunicativa a prevalência é de reciprocidade, e quando não existe o entendimento linguístico a ação se torna estratégica perdendo a finalidade de cooperativismo.

A ação estratégica e a ação comunicativa ocorrem pela linguagem, mas o que difere uma da outra é a forma como elas são aplicadas. Na estratégica, cada sujeito procura atingir seu interesse sem se preocupar com os demais, ela envolve a racionalidade instrumental onde os fins justificam os meios, o objetivo é individual mesmo que não declarado. A ação comunicativa incorpora a racionalidade

¹HABERMAS, Jürgen. **Conhecimento e interesse**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987b.

comunicativa pautada no entendimento, nas razões e pontos de vista coletivos, buscando a compreensão e intersubjetividade.

A ação comunicativa é capaz de interferir por meio do diálogo nas relações dos sujeitos e coordenar ações reflexivas no formato de discurso, que também é uma forma de argumentação rigorosa e exigente de comunicação. O discurso também é parte do entendimento linguístico, onde são previstos questionamentos profundos acerca dos saberes dos participantes. Quando não ocorre um consenso nas falas, a interação deixa de existir, permanecendo a argumentação aberta a todos, garantindo a igualdade de expressão e a discussão findará quando o melhor argumento vencer (MELO, 2010; GUTIERREZ; ALMEIDA, 2013).

No discurso os sujeitos são livres para se expressarem, porém ao contrário da ação comunicativa, pode não haver interação por meio do entendimento linguístico gerando constrangimento, mal estar aos envolvidos que podem não permanecer na discussão por falta de objetivos comuns ou incompatibilidades. Tanto o discurso como a ação comunicativa constituem a base da teoria do direito e democracia proposta por Habermas, que de acordo com Melo (2010, p. 7) institucionaliza os processos discursivos de formação de opinião e vontade coletiva, gerando direito legítimo e fortalecendo o princípio da democracia. Tal processo gera poder comunicativo e conseqüentemente é capaz de influenciar em decisões do Estado, formulação de políticas públicas e bem estar social.

Entende-se que a comunicação pode não apenas, reconstruir racionalmente os fundamentos da vida social, mas também superar os efeitos esmagadores e violentos emergidos do mundo contemporâneo. Assim, a comunicação entre os sujeitos por meio do discurso e por meio do entendimento linguístico é importante para construção e fortalecimento da democracia e do direito na perspectiva de igualdade e de coletivo. Porém, quando a ação se torna estratégica e o objetivo visa alguns e não a maioria, contrapondo a teoria ação comunicativa que presa pelo bem estar social da maioria, a configuração toma outro viés e as reproduções de violências começam a emergir.

4.2 A ação comunicativa, o mundo da vida e a violência

O agir comunicativo como sustentação do diálogo e da cooperação pode ser um recurso importante entre os acordos racionais sociais para produção e promoção da saúde considerando os fatores que envolvem as relações de violência.

Portanto a relação entre sujeitos, por meio da ação comunicativa, cada um com seus argumentos, numa interação harmônica compreende o interesse um dos outros, para conseguir organizar de maneira cooperativa e do coletivo.

De acordo com Melo (2010), a ação comunicativa é uma interação isenta de qualquer coerção, ou seja, a manifestação dos sujeitos é livre sem coibição e ou forças que oprimam sua fala. O conceito de racionalidade comunicativa desenvolvido por Habermas afirma que agindo comunicativamente os homens podem desenvolver possibilidades de emancipação na situação que eles tiverem vivenciando.

Para explicar as relações de violência, Habermas traz a concepção de mundo da vida e seus pressupostos. A ação comunicativa e o mundo da vida devem ser compreendidas em conjunto, uma complementando a outra. O mundo da vida é definido por Melo (2010), a partir de Habermas, por um conjunto de saberes pré-teóricos e implícitos, formando contexto e provendo os recursos para que os atores possam se entender e agir de forma cooperativa e concertada e a ação comunicativa é o meio pelo qual o mundo da vida se reproduz.

Nesta perspectiva, o mundo da vida é compreendido como o mundo ideal, onde os sujeitos são reconhecidos enquanto sujeitos de direitos, capazes de produzir, de se comunicar e chegar num consenso intersubjetivo para todos. Mas Habermas também apresenta o outro mundo da vida, que é um “mundo colonizado”, onde os sujeitos são colonizados, sofrem interferências externas o tempo todo, moldados por instituições, modificados pelo capitalismo, pelas relações de poder, pelas relações de gênero e conseqüentemente sofrem coerção do seu comportamento de alguma forma.

A mesma autora aponta que o processo de colonização interfere negativamente na vida dos indivíduos, ocasionando perda de sentidos, anomia, surgimentos de psicopatologias e relações de violência. Neste contexto, seria possível compreender a violência como a situação que os atores sociais por meio da coerção são rebaixados a condição de objeto, sobre o ato de poder ou força física,

não tendo oportunidade de usar da comunicação para se expressar, e manifestar suas inquietações (MELO, 2010).

A produção de violência seja evidenciada por meio das relações por predomínio do capitalismo, por relações interpessoais, sociais, políticas e estruturais, provocam exclusões, adoecimentos, desumanizações, dominações dos sujeitos impactando em sua vida. Mas a teoria da ação comunicativa segundo Gutierrez e Almeida (2013), permite que seja destacado a intenção participativa existente no mundo da vida em contraste com o uso estratégico da linguagem nos subsistemas, ou ainda destacar a violência dos subsistemas ao invadir o mundo da vida, provocando mudanças significativas no modo de ser e de existir de uma sociedade.

Outra maneira que podemos atribuir ao significado de colonização e darmos como exemplo, é o poder da mídia existente hoje no nosso cotidiano. A maneira como a mídia se utiliza da ação estratégica para interferir no nosso modo de vida, seja por informações deturpadas, ou exposição desnecessária do ser humano, nos confundindo enquanto formadores de opinião e reproduzindo situações de violência.

De alguma maneira os indivíduos são colonizados ao longo da vida, o que pode mudar é a forma como eles irão lidar com a situação. A teoria da ação comunicativa faz a transposição entre estes dois mundos e se concretiza por meio da fala. Somente por meio da fala, da linguagem e da comunicação é possível transpor um mundo ao outro, modificando o sistema e suas reproduções.

Pensando numa proposta de romper com o ciclo de violência oriundas das relações já citadas neste trabalho por diversos olhares, a construção de espaços coletivos e cooperativos para as mulheres que em algum momento foram oprimidas e violadas pelo mundo colonizado, seja pela escola, igreja, sociedade, família, pela criação ou pelo marido, por tudo que ela viveu, pode ser entendido como uma possibilidade de acolhimento as vítimas, de mudança ou um novo caminho para recomeçar.

Compreende-se que no caso desse estudo especificamente, os espaços coletivos, tais como o ambulatório, cenário da pesquisa, se trabalhados a partir da perspectiva da teoria da ação comunicativa, partindo da interação, das trocas sem subjetivação, pode ajudar a mulher a recuperar o seu mundo da vida, modificando suas relações, construindo novos vínculos e proporcionando um movimento transformador em sua vida de maneira emancipatória, autônoma e livre.

Nos espaços coletivos se constrói e efetiva a cidadania, sendo possível fortalecer a democracia, pensar no bem estar de todos e discutir o enfrentamento, de estratégias de cuidado e responsabilização de todos quando o assunto é violência.

4.3 Ação comunicativa e a prática profissional em saúde

Para discorrer sobre a ação comunicativa e prática profissional, temos aqui, o pensamento habermasiano para apresentar e significar o norteamento e orientação de uma ação multiprofissional e a comunicação interdisciplinar que assume como base a interação dos sujeitos envolvidos para resolução de um problema, e para produção de conhecimento em saúde, tendo em vista que para Habermas, a racionalidade é tida como inspiradora das relações em sociedade e permite a autonomia dos indivíduos possibilitando maior entendimento do mundo (CARVALHO; FREIRE; VILAR, 2012).

É relevante lembrar o quanto os profissionais de saúde fazem parte da rotina de muitas pessoas, desenvolvendo um trabalho no seu cotidiano de suma importância na relação saúde/doença de seus pacientes.

Como relacionar a ação comunicativa com esta situação? A ação comunicativa acontece quando os profissionais de saúde se dispõem a ouvir seus pacientes de maneira eficaz e falam de maneira que o outro o compreenda, o que possibilitaria identificar possíveis fontes de adoecimento, considerando as diferentes necessidades de atendimento e conduta, conforme o estado emocional do paciente ou conforme a patologia apresentada, resultante do mundo colonizado.

Para a construção de uma relação de vinculação entre profissional e paciente Schubert e Gedrat (2016) ressaltam que numa relação dialógica e de confiabilidade entre as partes, os usuários dos serviços de saúde de modo de geral, reconhecem quando os profissionais demonstram respeito, atenção, elo de afetividade, confiança e credibilidade. Então sendo assim, nesse aspecto a ação comunicativa do profissional no cotidiano em relação aos pacientes deve fortalecer a confiabilidade, autonomização, compreensão e apoio no processo.

A PNH possui como diretriz o acolhimento humanizado baseado na escuta qualificada, que favorece as relações interativas e corrobora aos princípios da ação comunicativa. Habermas entende que num diálogo, a relação entre sujeito e mundo

acontece de maneira reflexiva. Consequentemente supõe-se que os sujeitos dominam as relações linguisticamente estabelecidas na sociedade e nela se movimentam de modo cooperativo na busca por entendimento (SCHUBERT; GEDRAT, 2016). Uma comunicação dialógica que se propõe a escutar o outro de modo efetivo, pode proporcionar e valorizar as especificidades culturais, comunitárias e pessoais de cada um, facilitando a compreensão do contexto da violência e seus impactos, bem como, identificar e manejar as fragilidades e potencialidades do mundo com que a mulher se insere. Tal comunicação pode funcionar como um facilitador sobre as causas e fatores que permeiam a saúde do sujeito, e o acolhimento humanizado é uma estratégia primordial para esta prática em saúde ter a eficácia necessária para esses casos.

Considerando as premissas da ação comunicativa e com o foco no cuidado e nas possibilidades de trabalhos coletivos, multidisciplinares e multiprofissionais a discussão dos casos ou estratégias de atendimento podem e devem ser fundamentadas por meio da troca, do diálogo, da construção coletiva, das interações dos sujeitos, inclusive das interações dos sujeitos com os profissionais. Os processos comunicativos são centrais para possibilitar a integralidade do cuidado e atenção a saúde, pois é numa comunicação que os sujeitos podem ser escutados de maneira qualificada e satisfatória, interagindo e compartilhando suas vivências, proporcionando o discurso da humanização e promoção de saúde. Schubert e Gedrat (2016) chamam este modo de agir de comunicação humanizadora.

Carvalho (2003) faz uma relação sobre competência profissional e ação comunicativa. Para a autora a competência é fator essencial para a conduta humana, quando a realização de procedimentos ou tarefas. Ser competente de modo geral, significa estar no mundo de forma útil e participativa, com capacidade para se sentir integrada ao meio, esta integração só é possível quando nos apropriamos da fala e a utilizamos como um recurso de aproximação e interação racional.

Quando consideramos os cuidados com a mulher em situação de violência seja de maneira individual ou coletiva, nos trabalhos que exijam atuação multiprofissional e interdisciplinar, é necessário que o grupo reconheça as competências e potencialidades de cada um dos profissionais e os valorize como parte importante do trabalho. Os profissionais devem realizar bem o seu trabalho e conhecer o trabalho dos demais, como aponta Carvalho; Freire e Vilar (2012) e

também desenvolver atitudes de cooperação, para continuar aprendendo em seu ambiente com outros profissionais e com o público atendido.

A interação para realização do atendimento objetivando uma abordagem integral da mulher vítima de violência é possível se houver entendimento linguístico, pois somente por meio da fala e da compreensão da necessidade da paciente, pode-se identificar respostas satisfatórias e eficientes para a resolutividade do que foi apresentado. A interação entre o profissional e a mulher pressupõe o início do processo de comunicação visando à troca entre os indivíduos, na perspectiva do conhecimento de ambos, possibilitando a comunicação de forma independente e harmoniosa. A ação comunicativa de Habermas também atua como forma de aprendizado para os profissionais, pois nos espaços coletivos, tanto se pode ofertar cuidados, mas também adquirir conhecimentos. Todos podem aprender cuidando.

5 METODOLOGIA

No trabalho científico a partir da natureza do estudo é que se determina o caminho metodológico a ser percorrido, buscando a aproximação do objeto, viabilizando uma apreensão da realidade e a produção de um conhecimento.

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa que teve como propósito o estudo da história, das relações, das representações, crenças, percepções, opiniões, produtos das interpretações que os sujeitos fazem a respeito de como vivem, sentem ou pensam (MINAYO, 2013).

Cabe destacar que pesquisas descritivas são habitualmente realizadas por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática, expressando à realidade do presente. No que se refere ao estudo exploratório, sua finalidade é proporcionar uma visão geral, do tipo aproximativo, acerca de um determinado fato (GIL, 1999).

A pesquisa foi desenvolvida no Ambulatório de Promoção a Saúde da Mulher em Situação de Vulnerabilidades/Para Elas por meio do Programa de Pós-Graduação de Promoção a Saúde e Prevenção da Violência, localizado do 4º andar do Instituto Jenny Faria/HC. Tal iniciativa faz parte de um Projeto intitulado “Para Elas, Por Elas, Por Eles e Por Nós” em parceria com Hospital das Clínicas e a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria de Assistência Social, sendo campo de prática para os alunos do Programa de Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da UFMG.

A mulher ao frequentar o ambulatório recebe cuidados individuais, coletivos e integrados por uma equipe multidisciplinar, na perspectiva de um cuidado integral. São ofertados cuidados convencionais por médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, dentre outras, de terapia complementares como homeopatia, reiki, acupuntura, antroposofia, lian gong, yoga e espiritualidade e práticas coletivas medicina do estresse, grupo de fibromialgia, oficinas e rodas de conversas.

O ambulatório tem como base a promoção da saúde e prevenção da violência. Suas ações se apresentam como um território de práticas interativas pautadas na práxis de autonomia voltadas para o empoderamento das mulheres; abordagem do agressor, capacitação prática dos profissionais e organização intersetorial dos serviços e a integração permanente dos dois espaços – ambulatório e território- por meio de atuação do Projeto para Elas, no esforço contínuo e

cotidiano de atender a comunidade, realizar o intercâmbio e cooperação entre serviços, profissionais, cidadãos e usuárias (MELO *et al.*, 2016).

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais mestrandos do Programa Pós-Graduação em Promoção a Saúde e Prevenção a Violência, que no momento da coleta de dados, atuavam na assistência direta as mulheres no Ambulatório. Participaram da pesquisa 13 profissionais multidisciplinares.

Foram considerados critérios de inclusão os profissionais que atuaram no ambulatório por um período de 6 (seis) meses a 1 (um) ano, visando maior aproveitamento das informações devido ao maior tempo de experiência e o aceite em participar da pesquisa. E o critério de exclusão foram os profissionais com pouco tempo de experiência no ambulatório.

Para garantir a oportunidade de participação dos profissionais de todas as categorias, a inclusão do sujeito da pesquisa foi realizada por meio de uma listagem adquirida na coordenação do ambulatório, e a disponibilidade dos participantes. A pesquisadora abordou os sujeitos da pesquisa, por convite realizado por e-mail e telefonema, esclarecendo na oportunidade os objetivos, e a importância da sua participação para o desenvolvimento do estudo.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada que é definida por Gil (2017) como uma técnica que envolve duas pessoas numa situação “face a face” e em que uma delas formula questões e a outra responde. Minayo (2013) enfatiza que a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados é essencial. Essa técnica se mostra útil para a obtenção de informações acerca do que a pessoa sabe, crê ou espera, sente ou deseja, pretende fazer, faz ou fez, bem como a respeito de suas explicações ou razões para quaisquer das coisas precedentes.

Foi adotada a entrevista do tipo parcialmente semiestruturada, guiada por relações de pontos de interesse em que o entrevistador explora ao longo de seu curso, as construções das falas do entrevistado (APÊNDICE A). As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise. Ocorreram no período de 01/04/2019 a 10/04/2019, onde a pesquisadora agendou com os profissionais dia e horário das entrevistas. Os encontros foram realizados na Faculdade de Medicina da UFMG em sala provativa.

O encerramento da coleta se deu mediante o critério de saturação, verificando-se a repetição dos temas sem proporcionar a pesquisa novas reflexões ou pontuações relevantes para o problema pesquisado (MINAYO, 2013).

Os profissionais foram convidados a participar do estudo e aqueles que aceitaram, receberam um comunicado sobre o dia, horário e local para a realização da entrevista. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e da necessidade de autorização por parte dele em participar do mesmo e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Neste momento, também foi averiguado a autorização dos participantes para que as entrevistas fossem gravadas.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais COEP/UFMG e aprovado conforme o CAEE: 14187513.0.0000.5149. Os aspectos éticos da pesquisa foram considerados segundo as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013b) que regulamenta as pesquisas realizadas com seres humanos.

Para garantir a confidencialidade e integridade, os entrevistados foram identificados como: entrevistado 1, entrevistado 2, entrevistado 3 e assim sucessivamente até completar os trezes (13). Foi assegurado o sigilo e anonimato dos participantes no decorrer da pesquisa, bem como na divulgação dos resultados; a garantia de que danos previsíveis foram evitados e o comprometimento em busca do máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos ao mesmo (BRASIL, 2016).

Após a transcrição do material coletado nas entrevistas, foi realizada a leitura fluente dos conteúdos. A análise das informações coletadas foi realizada de acordo com as etapas recomendadas pela análise de conteúdo proposta por Minayo (2013), a saber: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, incluindo a inferência e a interpretação dos dados. Para a análise dos dados foram atendidas as orientações da análise de conteúdo, na modalidade de análise temática para revelar os núcleos de sentido conforme a autora. A leitura do material em profundidade levou a identificação dos temas principais. Em seguida, a orientadora verificou a pertinência entre as categorias, para garantir o critério de fidedignidade. Por fim, os pesquisadores identificaram as unidades temáticas de cada categoria, sendo elas: I Um novo olhar para a violência contra a mulher; II- Promoção da saúde como possibilidade de mudança de vida; III- Trabalho

multiprofissional e interdisciplinar sustentam as ações do ambulatório; IV- Roda e movimento: de vítima a protagonista de sua própria história.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Caracterização dos participantes entrevistados

Participaram da pesquisa 13 (treze) profissionais entre eles, homens e mulheres com especialidades diversas sendo elas: três assistentes sociais, duas psicólogas, três médicos, uma educadora física, uma psicopedagoga, um fonoaudiólogo, uma enfermeira e uma administradora.

Os participantes possuíam de 3 a 33 anos experiência profissional e idade superior a 31 anos. Estes profissionais se destacam por serem especialistas em diferentes áreas, e atuarem tanto na política pública de saúde como na política de assistência social e também no setor privado.

É possível visualizar no quadro abaixo que alguns dos profissionais permaneceram no ambulatório pelo tempo mínimo obrigatório de 6 meses para se concluir a disciplina do mestrado, mas que alguns estão atuando desde de sua abertura até os dias de hoje, girando em torno de 2 anos e 5 meses até a data de realização da pesquisa. Foi observado o envolvimento dos profissionais com a temática, mulheres em situação de violência e outras vulnerabilidades anterior a participação do ambulatório.

As informações são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1- Caracterização dos participantes

Participantes	Sexo	Idade	Formação Profissional	Especialização	Tempo de experiência profissional	Tempo de atuação no ambulatório
E1	F	33	Assistente Social	Políticas Públicas	10 anos	2 anos
E2	M	42	Médico	Homeopatia e Clínico Geral	20 anos	2 anos
E3	M	45	Fonodílogo	-	5 anos	2 anos
E4	F	45	Psicóloga	Psicanálise Psicanalítica	22 anos	2 anos e 5 meses
E5	F	37	Educadora Física	Atenção Básica em Saúde da Família	15 anos	1 ano
E6	F	53	Enfermeira	-	6 anos	2 anos
E7	F	31	Psicóloga	Políticas Públicas em gênero e raça	6 anos	6 meses
E8	F	48	Assistente Social	Pós-graduada em Violência Doméstica contra Criança e Adolescente, Gestão de Políticas Sociais	21 anos	2 anos
E9	F	66	Psicopedagoga	Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência	33 anos	2 anos e 5 meses
E10	F	54	Administradora	Mediação de Conflitos, Gestão	32 anos	1 ano
E11	F	55	Médica	Homeopatia e Pediatria	25 anos	1 ano e 9 meses
E12	M	34	Assistente Social	Políticas Públicas	8 anos	6 meses
E13	M	32	Médico	Psiquiatra	3 anos	6 meses

Fonte: Elaborado pela autora.

6. 2 Apresentação e análise dos resultados das entrevistas

As vivências e as experiências dos profissionais e mulheres em situação de violência no Ambulatório de Promoção de Saúde e Prevenção a Violência e Vulnerabilidades/Para Elas foram retratadas e problematizadas durante a entrevista.

Na análise dos dados emergiram quatro categorias, a saber:

- a) Categoria I - Um novo olhar para a violência contra a mulher;
- b) Categoria II - Promoção da saúde como possibilidade de mudança de vida;
- c) Categoria III – Trabalho multiprofissional e interdisciplinar sustentam as ações do ambulatório;
- d) Categoria IV - Roda e movimento: de vítima a protagonista de sua própria história.

6.2.1 Um novo olhar para a violência contra a mulher

A partir das atividades desenvolvidas, o ‘Para Elas’, oportuniza a aproximação do profissional com a temática violência contra a mulher, modificando o olhar do sujeito para o tema, independente de uma aproximação anterior à questão. De certa forma ele oxigena, revitaliza e dá vivacidade ao potencial de intervenção do participante em relação à atenção das mulheres vítimas de violência.

[...] o trabalho no ambulatório contribuiu muito para a mudança de olhar sobre a violência contra as mulheres e isso ajudou muito no meu fazer profissional. (E1)

[...] estar inserido muda perspectivas! (E2)

[...] a participação no ambulatório foi fundamental na perspectiva de poder observar projetos que visam o empoderamento feminino, o reconhecimento do seu espaço, a busca de sua independência emocional e financeira. (E13)

O ambulatório ‘Para elas’ é para todos, e nesse sentido ele tem potencial catalisador de movimentar pessoas corroborando na implicação com o tema, com as mulheres, com cada mulher atendida e com a ideia que fundamenta o projeto. De acordo com Melo *et al.* (2016), numa perspectiva cooperativa os participantes aprendem e ensinam, proporcionando um desenvolvimento sólido e equânime de serviços e pessoas, profissionais e usuários.

Alguns participantes apontaram que a experiência através da prática no ambulatório possibilitou reflexões sobre a violência contra a mulher de forma

ampliada. De acordo com Pereira *et al.* (2018), a prática profissional é um espaço onde se elaboram e validam saberes, onde os profissionais transformam e se desenvolvem evidenciando um processo formativo:

[...] minha percepção da violência entre as mulheres aumentou. (E3)

[...] muita coisa que eu não achava que era violência, hoje, eu já entendo que é violência. E muita coisa que eu relevava, achando deixa para lá, hoje eu não deixo mais não. Eu questiono. (E6)

[...] foi a partir do meu contato no ambulatório com as mulheres, no acolhimento, fazendo história de vida das mulheres, na gestão de conflitos, mediações da pessoa para com seu agressor, eu enxerguei, consegui enxergar profundamente o sofrimento, o que acarretava na vida da mulher. Não só um tratamento inadequado, um comportamento difícil, um relacionamento danoso, algo mais profundo e que trazia para aquela pessoa, um reflexo para vida inteira. (E10)

No discurso dos profissionais, eles relataram como compreendiam a violência contra a mulher, eles reavaliaram seus conhecimentos, o que lhes permitiu uma maior compreensão sobre a violência:

[...] Eu atribuía a violência, a questão do agressor, é como se eu enxergasse só o agressor, e a mulher numa posição de vítima, não que a mulher não seja, mas a mulher tem condições de sair deste lugar. (E4)

[...] Anteriormente considerava a violência física e a sexual apenas. Após o trabalho no ambulatório, ficou muito clara a gravidade da violência psicológica na vida das mulheres. Foi possível perceber o quanto a violência de gênero é marcante em nossa sociedade e como traz consequências negativas na saúde e qualidade de vida das mulheres que a sofrem. (E5)

[...] a fala, uma fala e elas vão se potencializando para poder dizer das suas histórias. [...] eu acho que é uma questão avassaladora, destruidora, eu acho que compromete a vida da mulher em todos os aspectos e tem um ponto que é curioso, um ponto em comum, elas começam a descobrir que a agressão verbal também é uma forma de violência, [...] muitas colocam que a dor da agressão verbal é maior que a dor da agressão física. (E8)

Foi possível observar que a violência, indiferente da maneira que ela se expressa, pode trazer danos para mulher e conseqüentemente mudar a sua vida. Os participantes apresentaram suas dificuldades e preconceitos com o tema. Bernardes *et al.* (2016) afirmam que a violência contra a mulher é um problema complexo e que não pode ser abordado apenas por uma vertente, pois as mulheres sobreviventes de trauma e violência apresentam sintomas emocionais e fisiológicos que impactam na saúde psíquica e física da paciente, afetando profundamente a qualidade de vida.

Muitas expressões físicas da dor são na verdade resultados de estresse emocional advindos das situações de violência (NUNES; MORAIS, 2016).

A prática no ambulatório faz com que os profissionais avaliem o seu fazer cotidiano, possibilita uma nova leitura sobre o tema, articulado à vida e ao trabalho. O profissional se reconhece como agente transformador dentro do seu fazer, respeitando o tempo das coisas, de como elas se dão e não como querem que se dêem. Paulo Freire (1999) afirma que uma educação deve ser capaz de promover a autoconfiança e promover a ressignificação de significados, dentro de uma perspectiva contínua de diálogo e reflexão sobre a ação com o objetivo de ampliar a visão de mundo e a participação ativa do indivíduo em todas as esferas da vida em sociedade.

[...] percebo que é totalmente possível contribuir para que essas mulheres rompam o ciclo da violência e consigam reconstruir a sua vida. (E12)

[...] quando eu chego no ambulatório e lido com estas mulheres, de alguma forma eu já tinha um olhar sensibilizado para isto. [...] do cuidado, do olhar, da escuta para este sofrimento, para esta experiência de violência que elas sofrem. (E7)

A educação continuada como premissa para a construção de um sistema de saúde, parte de uma perspectiva de um modelo de renovação e atualização dos profissionais, permitindo que mudanças ocorram positivamente no cuidado. O processo ensino aprendizagem ocorre a partir da reflexão da realidade vivenciada no cotidiano, tendo o profissional a possibilidade de repensar condutas, de procurar novas estratégias e caminhos para a superação de dificuldades individuais e coletivas (PEREIRA *et al.*, 2018; BRASIL, 2007). Os participantes do estudo ressaltam a importância daquele espaço para o ensino:

[...] as experiências adquiridas ali inovam, se convertem, nós conversamos naquela roda e dá cuidado de saúde naquele momento, isto te habilita para as próximas experiências. Acho que é uma forma de aprendizado, que é estudo, que é atuar profissionalmente, de habilitar você para novas vivências de forma semelhante. (E2)

[...] O profissional no contato com a mulher precisa sair, se destituir do lugar do saber, do lugar de quem tem as respostas, de quem pode promover uma cura, porque ele precisa se colocar no lugar de quem não sabe e de quem está disposto a aprender com esta mulher, de quem está disposto a escutar a história, a singularidade de cada caso e de construir junto com esta mulher os caminhos possíveis. Não existe uma resposta padronizada, uma solução padronizada para todos os casos. Acho que foi o que eu mais aprendi. (E7).

[...] me atraía essa forma de tratar as pessoas, de entender melhor os problemas das pessoas [...] A partir desse contato no ambulatório, isso me ajudou a entender as vulnerabilidades que elas traziam no momento que chegavam ali para serem atendidas. Então, isso me ajudou a me colocar no lugar do outro. (E10)

De acordo com Guedes (2018), é necessário promover espaços para que os profissionais de saúde possam trocar experiências e percepções, além de sensibilização e de capacitação continuada, desenvolvimento de processos de auto-avaliação individual e da equipe, considerando os limites e potencialidades de cada um. Uma das contribuições do ambulatório para a prática profissional apresentada pelos entrevistados, foi à possibilidade de desenvolver outras formas de intervir no campo do cuidado das mulheres vítimas de violência.

[...] A principal contribuição é a escuta. (E3)

[...] Escuta qualificada. (E13)

[...] me dá subsídios para trabalhar com grupos de mulheres visando à prevenção da violência e do rompimento dos vínculos familiares. [...] a experiência do ambulatório está muito presente na minha prática profissional. [...] comecei o grupo de mulheres no CRAS. Foram duas mulheres. O segundo e último encontro, duas mulheres também. Amanhã será o terceiro, e a serenidade para lidar com isso eu aprendi no ambulatório do 'Para Elas' que no primeiro dia do ambulatório tinha uma mulher e vários profissionais. (E1)

[...] as coisas têm que ser de dentro para fora. [...] a partir da hora que mudou em mim alguns conceitos, minha prática, meu olhar mudou completamente. (E4)

[...] aprendo também a me enxergar melhor, achar que uma coisa para mim é difícil e nem é tão difícil, diante de tantas outras que eu ouço aqui. [...] existem relatos que são muito parecidos com coisas que a gente sofre também. Então, tem semelhanças também e quando a pessoa fala de alguma coisa muito semelhante ao seu, aí parece que o efeito é até maior, porque você fala, nossa, eu passo pelas mesmas coisas de uma forma até menor e não estou dando conta e ela está superando, e a gente vê superações e fica se questionando. [...] uma escola onde a gente aprende muito, ganha autoconhecimento, reflexões, capacidade de refletir, capacidade de modificar, capacidade de ser melhor. (E11)

O ambulatório proporciona a mudança como forma de apreensão do conhecimento e transformação da teoria em ato do fazer, do cuidar, ato político de abraçar uma causa, de forma individual e coletiva. O ambulatório tem como base teórica a Ação Comunicativa de Habermas, que diz que o aprendizado coletivo ocorre no momento em que pelo menos dois sujeitos se encontram e disponibilizam a agir cooperativamente.

O espaço foi criado na perspectiva de proporcionar aos alunos do Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da UFMG, a possibilidade da prática no trato com as mulheres em situação de violência e outras vulnerabilidades, mas também como um ambiente de troca entre mulheres e profissionais. É uma via de mão dupla, todos aprendem e se renovam com a vivência.

[...] não há como não mudar. Vivenciar a roda de conversa é vivenciar uma experiência ou uma semelhança com algo que já aconteceu na sua vida ou de um parente, na vida de outro paciente que você tenha atendido em outra vez e isto faz rodar novas perspectivas, acho que te habilita, te capacita, te dá certeza de certos tratos que você já tenha tido anteriormente num caso semelhante, ali somos parecidos, semelhantes, irmãos. (E2)

[...] O ambulatório foi uma daquelas experiências positivas. Eu tive a oportunidade de acompanhar o processo de execução do ambulatório desde o dia em que foi uma mulher no início (eu não estava no primeiro dia, mas já estava no Para Elas) até os dias que estava completamente lotado. E até os “erros” foram positivos, foram um aprendizado. Quando a demanda cresce, a logística muda e pude presenciar isso, fazer parte disso, aprendi muito. Muda a forma de a gente fazer. (E1)

Aponta-se a mudança do olhar do profissional envolvido com o projeto “ Para Elas”, para além de um local (ambulatório) onde a violência contra a mulher é tratada como um fenômeno social e, portanto, impõe uma abordagem diferente, que considera o ser e o outro, os modos de vida, o contexto, o território onde o sujeito está inscrito e em alguns momentos restrito. Nesse sentido o olhar do profissional que vive a experiência “Para Elas” é ampliado e influencia concomitantemente seu modo de ver saúde, doença, adoecimento, sofrimento como um contínuo da violência sofrida e que em contrapartida solicita um cuidado diferente, inventivo, mas sobretudo, propositivo e acolhedor.

Os profissionais devem ser capazes de aprender sucessivamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem ter responsabilidade e compromisso com a sua formação e das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais (BRASIL, 2001).

6.2.2 Promoção da saúde como possibilidade de mudança de vida

O ambulatório é apresentado pelos profissionais como um espaço promotor/produtor de saúde, e que tem potencial a ser modelo para ser copiado devido suas práticas positivas e de complementação de políticas públicas no que tange a violência contra mulher. A construção dessa prática vai de encontro ao pensamento de Barroso, Vieira e Varela (2006), que enfatizam a importância de integrar no processo de ensino-aprendizagem experiências inovadoras que problematizem e produzam idéias de pesquisas e ações para a promoção da saúde.

[...] eu vejo o ambulatório como um modelo, você nunca vê o ambulatório vazio de mulheres. (E4)

[...] é um exemplo de como as políticas públicas podem ser efetivas, principalmente ao considerar a questão de atuação no território. Considero que formar um centro especializado na formação para a atuação nas regionais (de saúde), é um dos pontos mais importantes, pois permite a interlocução com outros dispositivos do território e formação político social. (E13)

A promoção da saúde e prevenção de agravos decorrentes da violência ganha destaque dentro do ambulatório pelos profissionais e pelas próprias mulheres. Os cuidados individuais são importantes, mas o clima apresentado é de companheirismo, de atenção e cuidado com o próximo, por meio do encontro.

[...] O trabalho que o ambulatório tem feito de atuar com as mulheres que sofrem violência, e na prevenção delas é uma forma de promover a saúde. Viver em situação de violência é adoecedor. O ambulatório previne esse adoecimento, promove a saúde com certeza. (E1)

[...] Eu acredito que a principal forma de promover saúde no ambulatório é por meio do encontro. O encontro entre as mulheres, o encontro entre os profissionais, o encontro entre mulheres e profissionais. Assim, o encontro na perspectiva da relação com o outro, do compartilhamento de experiências, de sofrimento, de saberes, de perguntas. Eu acho que promover este encontro, promover esta relação é promover saúde. Porque o ser humano não está sozinho no mundo, ele constitui sua identidade, seu ser, seu self, seja lá como for a definição, ele se constitui da relação com o outro. (E7)

A promoção da saúde surge como possibilidade de construção da autonomia do sujeito por meio do encontro de pessoas, de pessoas capazes de se apoiarem, de se ouvirem, de dialogarem, de se respeitarem e olharem uns para outros dentro de um coletivo. A teoria da ação comunicativa de Habermas descrito por Melo (2016) nos permite compreender que por meio da práxis da autonomia dos

cidadãos, eles podem deixar de serem atores sociais para serem autores, sendo capazes de influenciar em alguma medida nas decisões que dizem respeito a sua vida.

[...] Estamos buscando focar nas soluções de problemas, nos vínculos sociais, nas práticas de resgate de autonomia por meio da escuta e das ações voltadas para o coletivo. (E5)

[...] é a promoção de saúde por meio do diálogo. Na prática é a roda de conversa do ambulatório. Quando a mulher fala, quando há a escuta das outras e outros e dela própria e se estabelece o diálogo, ela começa a ressignificar as ações da vida dela, a elaborar seus atos, a protagonizar seu lugar, o que gera autonomia. É uma das formas de superar a violência. A violência se dá num contexto em que não há mais diálogos, nem argumentos, as pessoas se violam de todas as formas. Essa é uma perspectiva de promoção e prevenção. (E1)

A roda de conversa recebe destaque pelos participantes como estratégia de promoção de saúde e prevenção da violência, facilitando a interação entre profissionais e mulheres como caminho para autonomia e mudança de vida. De acordo com Paulo Freire (1979) o homem se torna autônomo por meio de suas interações.

[...] a ideia da roda de conversa que aproxima as pessoas nas vivências e semelhanças, que vem, o outro que abraça aquele que expõe o drama da sua vivência e da vivência semelhante, isso soma. Como se a roda fosse uma panela onde ingredientes vão sendo acrescentados de forma a combinar, de forma semelhante e isto só faz somar na panela, o caldo, aquela mistura, aquele mexido ali da roda de conversa. [...] daquela multiplicidade do que se soma ali, de possibilidades, um vai encontrar o seu caminho trabalhando ali dentro da roda, outro vai encontrar o caminho no teatro, o outro no artesanato e estas múltiplas formas de abordar vão auxiliando indivíduos para buscar a sua autonomia, e isto é prática de saúde, é promoção de saúde também. O indivíduo sabe se tornar cidadão e autônomo na vida, ele vai dando conta de si e das suas condições de saúde, daquelas situações que obstaculizam a vida dele. (E2)

[...] eu vejo a promoção de saúde em tudo que a mulher recebe, porque ela vai se qualificar e vai refletir. Eu acho o mais interessante é a reflexão que elas fazem principalmente na roda, e dentro do ambulatório. (E11)

[...]. Eu acho que isto sem dúvida, diz de um efeito curativo pensando muito na lógica da saúde, porque eu tenho escutado muito de algumas mulheres que meu médico está receitando a roda para mim agora. (E8)

O trabalho em roda é o momento do encontro, da troca, de fortalecimento por meio do compartilhamento do vivido e do sofrido, nesse sentido, as mulheres podem até se ver como sujeitos vítimas de violência, mas também como capazes de

superação, de inventar e criar outra história para si mesma, uma história de não violência. A cura pelo sofrido vem por meio da troca com o outro, semelhante na dor sofrida, mas que encontra na roda um momento para se colocar, para falar e o mais importante, para ser ouvida. O movimento de falas e trocas faz a roda viva, é um momento precioso para os atores que ali compartilham suas histórias. Para o profissional é o momento da construção do conhecimento teórico prático, do diálogo, da escuta. É onde se dá o cuidado integral, o acolhimento, o trabalho em saúde para promover saúde, minimizar riscos e potencializar autonomia.

De acordo com Moraes (2012), ser saudável implica na capacidade de gerir a própria vida e/ou cuidar de si mesmo de forma independente e autônoma mesmo que a doença esteja presente. Após a participação das atividades do ambulatório por meio das práticas desenvolvidas naquele espaço, pelo compartilhamento de suas histórias, interagindo com outras mulheres nos espaços coletivos, observa-se que na fala dos profissionais, as mulheres fazem o movimento em busca de autonomia, almejam emancipação, pensam em formas de promover sua saúde e o enfrentamento da violência com o auxílio de outras mulheres e dos profissionais.

[...] tem a roda e lá podemos ser e somar, ela já acontece independente da nossa prática, a roda de conversa é de conversões, a ideia é ser parte da cultura de paz e não violência, a violência na circunstância atual do mundo não tem como evitar, não tem como afastar do indivíduo, não tem como muitas vezes tirar daquele ambiente, não tem como sair, mas numa situação que ele está mais harmônico mais capacitado, mais autônomo e mais dono de si. É possível ele vencer aquele obstáculo. [...]. Então, é um processo de não violência que você vence por si, melhorando a si mesmo, você consegue superar aquela condição que não vai deixar de existir. (E2)

[...] Hoje mesmo já ouvi várias mulheres falarem: “me reergui, encontrei força, consegui vencer isto, me libertei disso”. São palavras que elas usam: “libertei, superei, venci, saí disso, vejo diferente, refletir sobre”, então são palavras muito comuns nos retornos. (E11)

As práticas do ambulatório são avaliadas de forma positiva, tanto para o profissional quanto para as mulheres que se fazem presentes em suas atividades, na perspectiva da integralidade. Para Mattos (2004), integralidade é conceituada como criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer, para além das ações demandadas pela própria população, mas a partir das experiências individuais e ações voltadas para a prevenção. Os profissionais apontam mudanças no modo de vida de ambos:

[...]. Eu tinha muita vergonha, medo, e o Para Elas me ensinou a dominar isto. Hoje eu não tenho problema nenhum de falar em público e conversar com as pessoas, de participar, de dar minha opinião entendeu? Então isto aí foi uma coisa que o Para Elas me passou. (E9)

[...] essa visão integral do ser, não somente o tratamento clínico ou físico, mas um tratamento que busca enxergar aspectos psicológicos, mentais, aspectos legais, e a gente discute várias vezes nas mediações, inclusive com a presença de pessoas da área do direito. Então quais são os direitos? Isto me fez enxergar até como pessoa também, são direitos e deveres que eu preciso assumir que são de minha responsabilidade. Então eu enxergo o que nós podemos fazer de fato, atuar, praticar promoção de saúde, nós precisamos enxergar as pessoas não só como trabalhadores, não só como pacientes, mas seres humanos que tem vários níveis de dificuldades e são pessoas físicas, mentais, espirituais e tratam suas emoções, seus sentimentos. Então em minha opinião, praticar promoção de saúde é o que faz no ambulatório. (E10)

A possibilidade de cuidado integral na perspectiva de promoção da saúde dentro do ambulatório se dá por meio das práticas ofertadas pelos profissionais que ali participam. Menezes *et al.* (2014), apontam que é preciso desenvolver um olhar holístico para o atendimento, a fim de assegurar que ele aconteça de forma integral, considerando seus aspectos biológicos, psicológicos, sociais e jurídicos. E quando é realizado o atendimento integral da mulher em situação de violência e vulnerabilidades, identificando as suas necessidades, a promoção da saúde começa a acontecer, o seu fortalecimento e o empoderamento podem emergir e a reversão natural da sua vida florescer.

Trabalhar com situações de violência requer que os envolvidos se disponham de empatia com a história do outro. A empatia ocorre quando nos colocamos no lugar do outro e abrimos o olhar para a vivência e experiência de vida, sem julgamentos prévios, mas de maneira atenta e qualificada para o que está sendo apresentado. É a identificação com a vida ou com os problemas do outro, na perspectiva acolhê-lo e entendê-lo em todas as suas subjetividades. Por meio da empatia é possível pensar na integralidade do cuidado da mulher e no contato entre a equipe de saúde e os usuários dos serviços, onde o profissional compreende as necessidades dos cidadãos para além do que foi apresentado, e conseqüentemente isso amplia o olhar. A integralidade e o cuidado de acordo com Viegas e Penna (2015) apontam para as dimensões do viver humano que integram espaços, condições e expressões singulares que permitem reafirmar a complexa unidade humana. Nesse sentido, as atitudes, as ações e os fazeres dos profissionais de

saúde devem valorizar os aspectos objetivos e subjetivos do ser humano, respeitando o livre-arbítrio dos sujeitos na coprodução da saúde individual e coletiva.

[...] A partir do olhar do outro, a partir da relação até de amor com outro. Então eu acho que isto é promover saúde, e também no sentido de que a partir do momento que eu encontro com outro e a gente identifica demandas incomuns, histórias incomuns, dali pode nascer novos projetos de vida, projetos coletivos, projetos de enfrentamento de situações, [...] na sua singularidade, mas que todas vivenciam uma história semelhante, de algum tipo de violência seja física, seja psicológica, seja uma violência moral e que é possível a partir deste encontro, unir as forças para pensar num projeto coletivo de enfrentamento da situação. (E7)

A promoção de saúde da mulher em situação de violência e vulnerabilidade como possibilidade de mudança de vida, tem que ser pensada extra muro de qualquer instituição do cuidado, pois a sua manutenção tem que extrapolar e continuar nos possíveis espaços de discussão, como escolas, comunidades, associações de bairros, nos equipamentos da Assistência Social - Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Academia da cidade, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), dentre outras, para que o movimento de prevenção e enfrentamento da violência aconteça sistematicamente. E um dos pilares do ambulatório enquanto promotor de saúde é trabalhar com intersetorialidade, de maneira que as ações coletivas participativas realizadas no território sejam voltadas para as mulheres e para os profissionais da rede (MELO *et al.*, 2016).

[...] pode superar violência nos núcleos, nos bairros, nas cidades, no mundo. Eu enxergo que é preciso mais do que isto, é preciso um esforço que vem de várias esferas governamentais e também da comunidade, de pessoas interessadas, empresários, é preciso haver união de esforços. Esta é uma ação que eu considero bem sucedida, porque quando uma pessoa chega até uma área de saúde para ser tratada, ela está afetada, mais a violência ela não está começando aqui, é o fim da linha. Ela tem que vir para algum lugar para ser tratada, para ter suporte, começar um acompanhamento para que ela possa se ver, se reconhecer, se enxergar como ser humano que tem direitos, deveres, possibilidades, que pode atuar, que pode crescer, pode se desenvolver, pode dar a volta por cima, superar, mas se isto pode ser feito no âmbito das comunidades. Esta promoção pode ser feita dentro de cada núcleo, de associações, nas academias das cidades, em espaços culturais e principalmente nas escolas, porque a educação precisa ser promotora de saúde e de sustentabilidade. [...] Então a própria formação, a educação, a cultura, a promoção de saúde tem que ser algo para a vida da gente, tem que ser capilarizado em todas as esferas, em todos os meios. (E10)

[...] o ambulatório tem vários braços. Então estes braços podem promover a saúde. Onde você vai tem mulher e agora a gente está aí com vários

homens começando a ingressar, o que é bom. Então assim, você pode promover em todos os braços do projeto Para Elas. (E6)

A palavra superação aparece nas falas dos profissionais em vários momentos. Superar é ultrapassar seus próprios limites e acreditar no seu querer e no seu poder fazer. As mulheres se reencontram em meio a tantas situações de fragilidades e vulnerabilidades e é no encontro com outros sujeitos, narrando as suas histórias e utilizando dos recursos de cuidados disponíveis, que elas se permitem olharem para dentro de si. Para os profissionais esse movimento por meio dos cuidados ofertados no ambulatório, possibilita que as mulheres auto-reconheçam as suas potencialidades e que caminhem para superação da violência vivida.

[...] A partir da perspectiva do olhar para dentro dessas mulheres buscando ofertar-lhes formas de valorização das próprias potencialidades e suas características mais intrínsecas. (E5)

[...]. Então neste sentido, eu acredito que este projeto é capaz de promover a superação, mas não a superação do campo ideal, a superação conquistada cotidianamente. (E7)

[...] uma mulher quando consegue falar da situação de violência, ela já está vencendo, porque não é fácil, tem um monte coisa envolvida. [...] A primeira coisa é ela conseguiu estar lá, já é um grande passo e depois todo o processo que acontece lá, o empoderamento, as questões das oficinas, que eu acho que vai dando autonomia. (E4)

O respeito pela história de vida do outro é descrito pelo entrevistado E8, de maneira que ele vislumbra a possibilidade de superação da violência e mudança de vida, a partir da promoção da saúde da mulher, mas não se sentiu à vontade em afirmar que ela acontece, quando não vivenciou algo parecido.

[...] eu acho que por mais que possamos na lógica do trabalho coletivo, cada um continua com seu percurso de vida. O que é a superação? Se eu tenho um trauma, eu fui abusada sexualmente pelo meu pai, isto é possível de ser superado? Aí eu fico achando que só quem viveu que tem a condição de dizer. Eu não vivi estas experiências, o fato de trabalhar com pessoas que viveram, não me faz sentir no direito de dizer que teve superação, mas eu vejo resultado, eu vejo mulheres que entraram para a roda mudas, e hoje elas falam. (E8)

[...]. Então esta palavra superação para mim ela é muito forte, então assim, pode ter mulher que viva trinta anos e não consiga superar. (E6)

A promoção da saúde, a integralidade e o cuidado humanizado da mulher em situação de violência e vulnerabilidades, demandam ações e práticas individuais e coletivas que podem influenciar significativamente na mudança de vida do sujeito, a partir da perspectiva do cuidado e produção de saúde. E as práticas de promoção da saúde no ambulatório possibilitam aos profissionais, o desafio de se trabalhar e aprender simultaneamente com as mulheres.

6.2.3 Trabalho multiprofissional e interdisciplinar sustentam as ações do ambulatório

O trabalho multiprofissional e interdisciplinar aparece como uma identidade do ambulatório. Os profissionais por meio das suas práticas e disponibilidades para as mulheres, ganham destaque para o funcionamento do ambulatório e o acolhimento a todos e todas que o frequentam, como também para a importância dos vários saberes acoplados em um único espaço na busca do cuidado da mulher em situação de violência.

[...] a riqueza do ambulatório consiste na equipe multiprofissional. [...] O desafio é sempre cuidar para que esses saberes não se encaixotem cada um em uma sala. [...]. A gente discutia muito sobre o momento que todos iriam se reunir para discutir, esse é um desafio em todas as áreas de trabalho. (E1)

[...] a equipe multiprofissional abre um escopo valiosíssimo para retirar a mulher do cenário de violência, tratar os traumas físicos e emocionais, reinseri-la em um contexto de independência e co-criação de sua nova realidade. (E5)

As diferentes formações no ambulatório podem ser compreendidas como uma possibilidade de cuidado integral humanizado para as mulheres e como forma de troca de conhecimento e informações entre os próprios pares durante os atendimentos.

[...] O trabalho da equipe é um eixo duplo: faz com as mulheres sintam-se acolhidas e que o trabalho multiprofissional seja conhecido entre os participantes da equipe. Isto deixa o clima da equipe muito agradável. (E3)

[...] a equipe multiprofissional está acolhendo as mulheres em todos os sentidos. [...] a integralidade para mim, é conseguir abordar esta mulher com tudo que ela trás, é incluir no seu atendimento tudo que se passa com ela, desde a dor física à dor psíquica e as circunstâncias em que ela vive. [...] “Doutora eu nunca fui atendida, eu chegava na ginecologista, ela já falava que eu podia tirar a roupa e ir para o exame”, ela conversou comigo, ela me ouviu, ela me atendeu com carinho, o olhar dela era diferente, então

assim, ela estava percebendo a integralidade, a recepção, ela foi recebida por uma médica que atendeu ela em tudo que ela precisava. (E11)

É possível identificar por meio das respostas dos entrevistados a importância do trabalho multiprofissional na superação da violência ou minimização dos danos. Eles relatam que as mulheres acolhidas pelos profissionais e pelas próprias mulheres se fortalecem, criam laços e se integram numa perspectiva coletiva de cuidado mútuo. O cuidado integral está presente, as pessoas são ouvidas e são vistas como sujeitos capazes de construir uma nova história. O trabalho em equipe multiprofissional que impulsiona e provoca a interdisciplinaridade e o diálogo entre os profissionais, sendo esse o caminho para as mudanças do cuidado e resolutividade nos atendimentos (OLIVEIRA *et al.* 2011).

[...] várias ocorrem aquele lugar de tudo que é forma e de tudo que é lugar que ocorrem para aquela roda, isto significa unir mãos na adversidade. [...] é uma roda que tende a levar para o alto, uma espiral que tende a elevar a promoção de saúde, de autonomia e cada um na sua adversidade, acho que quanto mais diversas forem possíveis as saídas de saúde do indivíduo, melhor, vai que ela se encontra no que gosta, no que tem interesse e no que pode ser capaz ou no que pode ser para aquele momento. (E2)

[...]. É uma equipe engajada, preocupada em oferecer o melhor para que as mulheres consigam romper o ciclo da violência e o principal: contribuir para o empoderamento e protagonismo delas. (E12)

[...]. Existe aprendizado em relação ao que estão vivenciando lá. Então este aprendizado passa para o dia a dia no consultório, nas escolas, nos hospitais onde eles trabalham. [...] Aqui no ambulatório estamos recebendo gente de todos os lugares, e poder ter esta experiência e este olhar multidisciplinar, multiprofissional, com vários saberes e colocar tudo em prática, a pessoa não só é tratada, mas passa a ser promotora de saúde, é bacana demais, é maravilhoso. (E10)

A interdisciplinaridade é compreendida pelos entrevistados como algo valioso dentro do ambulatório, como metodologia eficaz para oportunizar o cuidado integral a mulher em situação de violência e outras vulnerabilidades, e ainda também como prática capaz de compreender a subjetividade do sujeito para além do que está sendo apresentado num dado momento. O atendimento interdisciplinar pode surtir efeito sobre a saúde física, psicológica e reprodutiva, tornando os envolvidos sujeitos capazes de obter seus direitos e de exercer plenamente sua cidadania (COELHO *et al.*, 2014).

A interdisciplinaridade pode agregar conhecimentos para todos os profissionais e corresponde a toda atividade vivenciada a partir de diferentes

enfoques, abarcando um determinado fenômeno que deve ser avaliado por vários ramos de conhecimento (OLIVEIRA *et al.*, 2011). No ambulatório são ofertadas uma gama de especialidades via equipe multiprofissional, e ele é identificado também com um equipamento potente para apoiar a Rede/SUS BH atuando com esta temática.

[...] a multidisciplinaridade ajuda a abordar o indivíduo ou as pessoas na sua diversidade e no que elas precisam nas diversas situações em que é necessária ajuda para que ela consiga se capacitar e ir adiante. (E2)

[...] é o modelo que se tem hoje mesmo, é coerente, nós somos multi. Acho que é um modelo funcional da atualidade. (E4)

[...] É possível pensar em cuidado integral sim. Percebe-se a demanda da mulher, e ela dentro da situação que a gente tá vivendo no SUS, esta situação calamitosa que temos vivido nos últimos tempos, eu percebo que lá, a mulher é vista integralmente. Por exemplo, se ela não tem um vale transporte, se pensa na possibilidade de arrumar vale transporte para ela poder se deslocar. A demanda para o psicólogo é muito grande e sempre terá auxílio, como as terapias integrativas, Reike, auriculoterapia. Então é possível pensar em cuidado integrado e com terapias integrativas, tanto da parte holística, como da parte de alopata e homeopatia, ela é vista como o todo. (E6)

Alguns profissionais apontam que o trabalho multiprofissional existe dentro do ambulatório associado à diversidade de saberes, mas que ainda é preciso avançar na esfera da comunicação interdisciplinar, nas discussões dos casos, dos projetos terapêuticos, na busca da construção de um trabalho linear que vise à integralidade das mulheres que são atendidas naquele espaço.

O trabalho interdisciplinar segundo Bastos *et al.* (2017) deverá ser desenvolvido a partir da cooperação entre os saberes, sendo possível para as pessoas que tiverem o conhecimento, trabalharem integradas numa construção reflexiva coletiva, que analise e problematize as práticas cotidianas a fim de estabelecer práticas mais efetivas e satisfatórias para trabalhadores e usuários da saúde.

[...] o intuito do projeto é este, promover o cuidado integral, mas ainda estamos no caminho, acho que ainda não se consegue fazer esta oferta na perspectiva integral. Integralidade não é somente juntar vários profissionais de diferentes profissões num espaço e ofertar estes serviços, estes cuidados de acordo com cada profissão. A integralidade pressupõe um movimento do profissional de interdisciplinaridade primeiro, para um plano ideal de transdisciplinaridade. (E7)

O trabalho multiprofissional na lógica da interdisciplinaridade de acordo com Oliveira *et al.* (2011), é a possibilidade de desenvolver a capacidade humana de compreender a realidade e os problemas que nela se apresentam. A interdisciplinaridade é apontada como algo ideal para o ambulatório a partir do momento que caminha para a transdisciplinaridade. Na interdisciplinaridade, é estabelecido a interação entre dois ou mais saberes e na transdisciplinaridade, a cooperação entre os vários saberes transcende para concepção de uma abordagem holística. Por este motivo, a construção das práticas multiprofissionais via singularidade de cada profissional para as mulheres em situação de violência e outras vulnerabilidades sob as premissas da transdisciplinaridade, podem efetivar ações mais eficazes para a promoção da saúde, a partir do cuidado integral.

6.2.4 Roda e movimento: de vítima a protagonista de sua própria história

A roda de conversa é um passo para as práticas do ambulatório no que tange a espera para um atendimento individual, ela funciona como apoio, como sustentação para as mulheres. A roda é a primeira acolhida para a mulher.

[...] aquele lugar com sentido no ponto de abrigo, de auxílio, de sustentação, de um abraço dado num momento difícil. [...] coisa que mudou a vida, que aquela roda de conversa mudou, ela mudou as percepções da vida. [...] a oferta de cuidados é diversa na roda, as mulheres percebem a mudança (E2).

[...] roda que gira e roda para ela, para elas. [...] integralidade em todos os sentidos. (E4)

A roda cria caminhos e identifica caminhos que se pode trilhar, caminhos de reconhecimento do sujeito, de autonomia, de mudança, de empoderamento feminino e de renovação. A roda impulsiona outras rodas que possibilitam mudança no modo de vida e na vida dos sujeitos profissionais e mulheres/familiares. Quem faz a roda girar são as mulheres acolhidas no ambulatório.

[...] existe engajamento de muitas mulheres com as atividades do Para Elas e o efeito positivo que o ambulatório teve em suas vidas. Percebi que muitas trazem a violência de forma crônica de anos. Infelizmente é a violência instituída socialmente e para a vida de algumas ainda é pior, mas é difícil romper com isso. Eu vi que elas começaram a romper um pouco... a ver as coisas de outro ângulo... e isso dá para notar com o vínculo que elas fazem com o programa. (E1)

A experiência de participação da roda permite a mulher um reencontro consigo mesma e no encontro com outras pessoas por meio de trocas, da fala e por meio da identificação com a história do outro. Elas percebem que existem outras mulheres que vivenciam as mesmas angústias e dores e que juntas, apoiadas umas às outras o novo pode surgir. Para Chaves *et al.* (2016), é no espaço do encontro que os sujeitos exercitam seu potencial de afetar e ser afetados em suas relações com os outros e com o mundo.

[...] A cada participação no ambulatório transformam sua história de dor, em novos capítulos de vida e esperança. (E3)

[...] Então é um ambiente que a gente percebe que vão de livre e espontânea vontade e gostam de ir e para elas tem sido uma prática que tem crescido demais, porque tem mulheres que estão lá há dois anos. (E6)

A teoria da Ação comunicativa de Habermas, fala das transformações que o mundo colonizado acarretou para o ser humano, decorrente das relações de poder, das relações de gênero, do individualismo, do capitalismo, ocasionando a coerção do seu comportamento de alguma forma, o que configura violência, mas especificamente neste trabalho a violência contra a mulher.

A violência contra mulher causa consequências danosas para sua saúde e vida, como descreve a literatura apresentada neste trabalho. E por este motivo ela necessita de todo apoio e de serviços que as possam acolher e lhe ofertar cuidados humanizados e integrais.

Os participantes do estudo descreveram que as mulheres chegam ao ambulatório vitimizadas, sem perspectivas, sem força para lutar, mas que por meio das intervenções, das práticas de promoção de saúde, da roda de conversa, do olhar integral por parte dos profissionais, um novo ciclo se inicia.

[...] mulheres que eu acho que chegam vitimizadas, eu penso muito que ela vem daquele perfil “mulher vítima de violência”, até nas falas quando elas chegam. E lá elas se transformam em uma mulher que sofreu violência, mas acho que elas saem da vitimização, desta posição. Eu acho que é uma coisa que começa no interno, na roda, nos atendimentos, na psicoterapia, nos outros grupos que são oferecidos, no social, acho que a questão social conta muito. Então, eu acho que a diferença principal é isto. Lá elas não são tratadas somente como vítimas de violência. (E4)

[...] o sufoco vai embora. [...] Elas falam que a medida que vão falando o que esta acontecendo já vai soltando, já vai liberando. É um diálogo respeitoso e que a gente vai pondo as questões para elas fazerem suas

próprias descobertas. Nada vem de fora. A pessoa tem que se descobrir dentro dela, e vamos discutindo, ela vai percebendo o que precisa descobrir, mas se nós falarmos não adianta, ela vai ter que descobrir por si. A gente vai colocando as questões e ela vai descobrindo. Na medida em que ela vai descobrindo, ela vai criando autonomia, ela vai criando confiança, ela vai criando condições de mudar a situação dela, porque tem que vir de dentro. (E11)

A equipe que compõe o ambulatório foi entendendo no decorrer do trabalho, no dia a dia, que era necessário um olhar para o agressor e para a família e que era preciso promover aproximação dessas pessoas com os cuidados ofertados. O trabalho em saúde é concretizado pela ação dos profissionais que tem como papel principal, oferecer assistência no processo de saúde-doença do indivíduo.

Nesse processo, a organização do trabalho em saúde tem por finalidade atender o ser humano que, em algum momento de sua vida, necessita de atenção profissional de saúde, sejam ações preventivas, curativas ou de reabilitação (FERREIRA, 2015). Segundo os entrevistados com a iniciativa de acolher o agressor e a família, o “Para Elas é Por Elas, Por Eles e Por Nós” consegue agregar a todos, em um único espaço, e por meio da integralidade do cuidado ele promove a saúde dos participantes.

[...] ela é convidada a encarar o problema e ela tem instrumentos para encarar o problema. Ela não é julgada, ela tem o seu tempo. Eu acho que quando se chama o agressor para estar lá junto, dá mais espaço para esta mulher. Uma especificamente, eu vou entrevistar, ela sofreu violência física, psicológica e ninguém falou para ela coisas que eu ouço em outros lugares. Por que você não larga ele? Hora nenhuma eles falaram isto para ela, pelo contrário, traz o fulano. No dia que a Elza falou isto, traz o fulano, a roda assustou! Mas é isto mesmo, tem que tratar ele, não é necessariamente que ela tenha que largar ele, mas ela tem que posicionar, e ela conseguiu aos poucos ir se posicionando dentro da estrutura psíquica, social, familiar dela. Acho que teve uma evolução, ela saiu desta condição de vítima e passou a ocupar um lugar diferente, ela só conseguiu com o empoderamento que é dado ali. (E4)

[...] caminhada. [...] é bom quando vem um parente, um filho, por isto que tem que ser Para Elas, Para Eles, Para Nós, porque aí eu percebo que elas se sentem mais ativas. (E10)

Chaves *et al.* (2016), aponta que é essencial para a construção de uma rede que ela não seja apenas um arranjo organizado de serviços, mas uma rede de afetos, em que os profissionais se reconheçam como sujeitos capazes de, no encontro com outros sujeitos, produzirem novas práticas de saúde. Produzir saúde significa produzir sujeitos autônomos.

[...] eu fiquei envolvida com as mulheres da regional leste por conta das oficinas, são mulheres que tem presença assídua no ambulatório, e com algumas da regional norte que também estão nas oficinas e também no ambulatório. [...] vão criando uma rede. [...] Ela se sente uma pessoa tão importante, naquele momento que você vai dando atenção e ouvindo sem interromper, mas eu vejo ainda muita tristeza, vejo também que elas estão querendo, estão buscando algum aprendizado, buscando estratégias para sair desta situação de violência. (E8)

As mulheres que passaram a fazer parte do projeto Para Elas em qualquer um dos seus braços refletem uma evolução na compreensão da violência sofrida após sua identificação com os cuidados multiprofissionais ofertados. Segundo os entrevistados elas se apresentaram mais fortalecidas, empoderadas, demonstrando autonomia e força. A partir destas mudanças na sua saúde e na sua vida, elas se tornam promotoras e multiplicadoras de cuidados, inclusive nos seus territórios.

[...] ao mesmo tempo em que parecem mulheres frágeis, mulheres numa posição de vítima, de sofrimento, são mulheres que demonstram uma força, um vigor, uma potência que assustam também. [...] elas trazem uma potência, força, uma vontade de saber. (E7)

[...] se sentem parte de algo e criam senso de pertencimento, abraçando o programa Para Elas, se tornando divulgadoras e prontas para acolherem outras mulheres. (E12)

O movimento que a roda provoca nas mulheres ao iniciarem a participação no ambulatório, é compreendido pelas entrevistas como algo transformador para os participantes, sejam as mulheres, suas famílias e os profissionais que prestam assistência. A roda por meio da dialética possibilita que os sentimentos e percepções girem, que as pessoas se movimentem para buscar a sua saúde de volta, sua história e sentimentos. Uma nova história se inicia com o encontro de todos na roda, é nessa hora que a promoção da saúde acontece.

As mulheres que chegaram ao ambulatório vitimizadas, sofridas e descrentes com as pessoas, legislações e com o seu companheiro/a passaram a ressignificar a sua história. A ação comunicativa permite estabelecer o diálogo na busca pelo autoconhecimento dos indivíduos dentro de um grupo. Carvalho, Freire e Vilar (2012), explicam a ação comunicativa de Habermas como um processo de interação que valoriza o sujeito, a partir de sua individualidade, após um processo de interação, no qual suas opiniões e atitudes são compartilhadas, preservadas e vivenciadas. E assim, quando o sujeito se percebe valorizado, apoiado, acolhido e

motivado, a possibilidade de emancipação é real sendo possível torna-se protagonista da sua nova história.

Entende-se assim que a análise dos resultados das pessoas que fazem o Para Elas acontecer, na voz dos profissionais, nos convida a olhar para os atendimentos das mulheres, homens, famílias, para as teorias e práticas que sustentam o atendimento coletivo e individual, onde a formação se faz nas relações desenvolvidas durante o serviço.

A análise dos dados apontou 4 categorias, agrupadas da seguinte forma:

- a) Um novo olhar sobre a violência contra a mulher. Essa categoria fala do olhar diferente para o tema, da forma de abordar a questão e as pessoas e do quanto isso afeta a capacitação profissional dos sujeitos envolvidos;
- b) Promoção da saúde como possibilidade de mudança de vida, aponta para o momento em que os profissionais percebem que mudar de vida promove saúde e vice-versa;
- c) Trabalho multiprofissional e interdisciplinar sustentam as ações do ambulatório. Nessa categoria os profissionais reconhecem o trabalho coletivo, articulado, sem perder a crítica do fazer, vislumbrando o trabalho transdisciplinar como algo a ser alcançado.
- d) Roda e movimento: de vítima a protagonista de sua própria história, aponta o movimento do trabalho coletivo realizado na roda de conversa, onde as pessoas que compõe o Para Elas se encontram, em especial a transformação e o empoderamento das mulheres citado repetidamente pelos profissionais.

A leitura e análise das entrevistas apontam para a necessidade de aprofundamento do tema sob as perspectivas das mulheres atendidas no ambulatório, possibilitando a interlocução entre o vivido pelo profissional e a experiência da mulher acolhida no ambulatório Para Elas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o cuidado ofertado as mulheres em situação de violência, o presente estudo se debruçou sobre as práticas e experiências dos mestrandos do programa de Pós-Graduação em Promoção a Saúde e Prevenção a Violência no ambulatório. A princípio, e a partir da nossa própria experiência e observação empírica, a ideia inicial era que encontraríamos mudança de comportamento dos profissionais em relação a atenção à mulher vítima de violência por meio da formação, encontramos mais do que isso.

Os resultados apontaram que os profissionais apresentam diferentes sentimentos e percepções em relação a essas mulheres atendidas no ambulatório após a aproximação por meio da prática. Evidenciaram que o ambulatório “Para Elas” é um espaço que oferta um cuidado diferente, inventivo, propositivo e que acolhe a todos e todas, sejam mulheres, famílias, agressores e os profissionais em processo de formação, que apostam e defendem esse modelo como o mais assertivo e algo a ser replicado em outros locais.

As entrevistas nos mostraram de forma incontestável que a experiência do Ambulatório Para Elas para os profissionais ampliou horizontes e opções de cuidado, gerou mudanças na prática profissional dos participantes, e que a partir de então buscaram compreender as necessidades da mulher em situação de violência de forma integral, o que proporcionou reflexão sobre o conceito de integralidade em saúde por parte dos profissionais.

O ambulatório é visto pelos profissionais participantes do estudo como produtor e promotor de saúde. Eles acreditam que as práticas realizadas de forma individual ou coletivas promovem a saúde da mulher, bem como as fortalecem, renovam, empoderam e emancipam.

Há um destaque importante para as práticas coletivas que proporcionam às mulheres a interação por intermédio do encontro. Os entrevistados descreveram as ações no ambulatório como um momento de troca de experiências e saberes tanto para as mulheres quanto para eles, e que por meio do cuidado integral na perspectiva de promoção de saúde é possível superar a violência. Pontuaram que a superação da violência pode acontecer quando é ofertado a mulher a possibilidade de falar dos seus sentimentos, de dialogar com outras mulheres e ser apoiada.

O trabalho coletivo dos trabalhadores e mestrandos é visto como sustentação do ambulatório. Os profissionais enfatizam que a integração de saberes é o diferencial nos atendimentos e na sua formação. A comunicação interdisciplinar é positiva para a promoção da saúde da mulher de acordo com os entrevistados, mas eles têm críticas positivas no sentido da compreensão de que a atuação de uma equipe multiprofissional não é sinônimo de interdisciplinaridade em saúde e que existe a necessidade de avançar neste quesito no ambulatório na perspectiva do trabalho transdisciplinar.

A roda de conversa ganhou destaque como espaço coletivo e integrativo, é apontada como o ponto de encontro dos sujeitos, saberes e práticas do ambulatório. É na roda que as mulheres recebem o primeiro acolhimento e que todo o processo de cuidado começa a acontecer. Os participantes pontuaram que a roda é um momento de interação do grupo em sua totalidade, e que ela intermediada pela ação dialógica acolhe histórias e cria caminhos de mudança, de reconhecimento do sujeito, de autonomia, de empoderamento feminino e de renovação. Novas histórias se iniciam após o envolvimento com a roda, e após a mulher se sentir segura e desenvolver confiança, o vínculo vira laço com a equipe do ambulatório. Uma rede de cuidados e afeto é formada com a participação na roda de conversa, e esta fortalece as mulheres e proporciona emancipação, gerando um movimento virtuoso, onde multiplicam e mobilizam seus territórios no enfrentamento da violência contra a mulher.

É na roda que sentimentos profundos emergem e se materializam por meio da fala, algumas vezes é o primeiro local e momento onde se fala abertamente da violência. Nesse ambiente de acolhimento, a equipe pode atuar a partir do que foi apresentado de maneira integral na perspectiva de promoção da saúde da mulher em situação de violência e vulnerabilidades. E para além, da participação da roda, os mestrandos podem aprofundar a temática e desenvolver novas competências no cuidado com a mulher, que sai do lugar de vítima de violência e passa a ser sujeito em situação de violência.

O resultado da pesquisa respondeu as inquietações iniciais da pesquisadora. O Para Elas é um espaço acolhedor e formador de trabalhadores e atores sociais engajados politicamente na questão da violência contra a mulher, é o lugar do cuidado integral, que promove saúde da mulher em situação de violência e vulnerabilidades pelo cuidado de seus trabalhadores, buscando interdisciplinaridade

em saúde e tendo como arcabouço teórico a teoria da ação comunicativa de Habermas que nos mostrou que somente atingimos objetivos comuns, sejam de cuidado ou de saberes, por meio do diálogo mediado pela fala.

Na perspectiva da integralidade e promoção da saúde é necessário o diálogo para a construção de mecanismos/protocolos que atendam a necessidade das mulheres. Na capacitação profissional o diálogo é indispensável nas trocas e produção de conhecimento. A transformação da teoria em ato, no fazer, e no cuidar, é um ato político de abraçar uma causa, de forma individual e coletiva.

A teoria comunicativa sustenta conceitualmente a prática no ambulatório, observamos a necessidade de aprofundamento da teoria como operador de mudança da prática e da vida no caso das mulheres vítimas de violência, por meio da fala. A capacitação no campo de trabalho é incontestável, mas cabe a nós divulgar esse modo de fazer, seu potencial de mudança individual e coletiva.

O estudo não se finda nesse momento, ao contrário, ele aponta novas oportunidades de pesquisa. É importante ouvir as mulheres em relação ao cuidado oferecido no ambulatório, investigar a potência da roda de conversa como lugar de acolhimento e produção de sentido do cuidar e do cuidado, bem como aprofundar no trabalho multiprofissional que se quer interdisciplinar com horizonte transdisciplinar.

A pesquisa apresenta limitações no sentido de que não há outro serviço similar ao ambulatório com tal capilaridade na rede de saúde de um município do porte de Belo Horizonte, e que se amplia pelo estado de Minas Gerais e outros estados do país. Nesse sentido, não é possível fazer um contraponto ou complementar nossos achados; não foi dado nesse momento voz às mulheres, homens e familiares atendidos no Para Elas, nem tão pouco foram ouvidos os trabalhadores que não estão inseridos no Mestrado. As limitações do estudo se tornam possibilidades de novos projetos.

O Para Elas possibilita ao trabalhador em saúde uma oportunidade singular de capacitação, baseada em preceitos teóricos que sustentam a prática, em um serviço voltado para um fenômeno complexo que é a violência contra a mulher, mas que pede delicadeza no cuidar. É um espaço onde a violência contra a mulher parte do princípio de não culpabilização, mas emancipação de indivíduos e coletivos.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-91, jan./mar. 2011.
- AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, Nov. 2013.
- BARROSO, Maria Grasiela Teixeira; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; VARELA, Zulene Maria de Vasconcelos. Ensino de educação em saúde, interdisciplinaridade e políticas públicas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 19, n. 3, p. 182-187, 2006.
- BASTOS, Isabel Gois; SANTANA, Antônio Assis Santiago; BASTOS, Raquel Gois. Interdisciplinaridade na saúde: um instrumento para o sucesso. **Revista Brasileira de Ciências em Saúde**, Ilhéus, v. 1, n. 1, p. 46-53, 2017.
- BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**. 9. ed. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1980. v. 2.
- BELLINI; Maria Isabel Barros; FALER, Camilia Susana (org.). **Intersectorialidade e políticas sociais**: interfaces e diálogos. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014. *E-book*.
- BERNARDES, Renata Mascarenhas *et al.* O cuidado da mulher em situação de violência na percepção de profissionais e gestores de saúde das macrorregiões brasileiras. *In*: MELO, Elza Machado de; MELO, Victor Hugo de (org.). **Para elas**: por elas, por eles, por nós. Belo Horizonte: Folium, 2016. p. 221-235. (Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência; v. 2).
- BRASIL. **Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal [...]. Brasília, DF: Planalto, [2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 02 jun. 2019.
- BRASIL. **Lei n. 12.845, de 1º de agosto de 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília, DF: Planalto, 2013a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm. Acesso em: 02 jun. 2019.
- BRASIL. **Lei nº 13.641, de 3 de abril de 2018**. Altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para tipificar o crime de descumprimento de medidas protetivas de urgência. Brasília, DF: Planalto, 2018b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13641.htm. Acesso em: 02 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016**. Trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html Acesso em: 12 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: caderno de textos: cartilhas da política nacional de humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>. Acesso em: 09 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 02 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde - PNaPS**: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência Intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm. Acesso em: 02 jun. 2019.

BRASIL. Ministério de Direitos Humanos. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Ligue 180: Balanço semestral – janeiro a junho de 2018**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres do Ministério de Direitos Humanos, 2018a. Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/dados-e-fontes/pesquisa/ligue-180-balanco-semestral-janeiro-a-junho-de-2018-spm-mdh-2018/>. Acesso em: 02 jun. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011.

CALVINHO, Maria de LaSalette; RAMOS, Natália. Violência conjugal contra a mulher, saúde e gênero: contributos para melhorar as práticas profissionais e as políticas de prevenção da violência. **Ambivalências, Revista do Grupo de Pesquisa “Processos Identitários e Poder”**, Sergipe, v. 2, n. 3, p. 42-69, jan./jun. 2014.

CARVALHO, Denise Werneck Farani de. **Competências e atividades**: uma contribuição a um estudo da representação. 2003. Dissertação (Mestrado em Informática) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2003.

CARVALHO, Denise Werneck; FREIRE, Maria Teresa Marins; VILAR, Guilherme. Comunicação e saúde: humanização, significado e ação comunicativa. **Organicom**, São Paulo, ano 9, Ed. esp. n. 16/17, p. 92-108, 2012.

CHAVES, Patrícia Campos *et al.* Bela e forte colcha de retalhos: participação, autonomia e construção coletiva. *In*: MELO, Elza Machado de; MELO, Victor Hugo de (org.). **Para elas**: por elas, por eles, por nós. Belo Horizonte: Folium, 2016. cap. 2. (Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência; v. 2).

COELHO, Elza Berger Salema *et al.* **Políticas públicas no enfrentamento da violência**. Florianópolis: UFSC, 2014.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher**: Convenção de Belém do Pará. Washington, DC: Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 1994. Disponível em: <http://www.cidh.org/basicos/portugues/m.belem.do.para.htm>. Acesso em: 13 fev. 2019.

CORTES, Laura Ferreira *et al.* Evidências acerca da atenção à saúde das mulheres em situação de violência. **Revista Rene**, v. 16, n. 6, p. 1006-1015, nov./dez. 2015.

COSTA, Rosemary Pereira. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Mental**, Barbacena, v. 5, n. 8, p. 107-124, jun. 2007.

FARIAS, Danyelle Nóbrega de *et al.* Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 141-162, jan./abr. 2018.

FERREIRA, Rosa Gomes dos Santos. Educação permanente na formação contínua dos profissionais de enfermagem. **Revista SUSTINERE**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 128-142, jul./dez. 2015.

FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 9. 2016, Uberlândia, MG. **Anais [...]**. Uberlândia: UFU, 2016.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

GARCIA, Leila Posenato; SILVA, Gabriela Drummond Marques da. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. e00062317, 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GUEDES, Alessandra. **Violência contra as mulheres: o que podem fazer os profissionais de saúde?** Rio de Janeiro: IFF/Fiocruz, 2018. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/violencia-contra-as-mulheres-o-que-podem-fazer-os-profissionais-de-saude/>. Acesso em: 25 abr. 2019.

GUTIERREZ, Gustavo Luis; ALMEIDA, Marco Antonio Bettine de. Teoria da ação comunicativa (Habermas): estrutura, fundamentos e implicações do modelo. **Veritas**, Porto Alegre, v. 58, n. 1, p. 151-173, jan./abr. 2013.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da violência 2018**. políticas públicas e retratos dos municípios brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180614_atlas_2018_retratos_dos_municipios.pdf. Acesso em: 02 jun. 2019.

LIMA, Larissa Alves de Araújo *et al.* Assistência de enfermagem às mulheres de violência doméstica. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 6, n. 2, p. 65-68, abr./jun. 2017.

LINHARES, Emanuel Horácio Pereira da Cruz Matias *et al.* Importância da interdisciplinaridade na formação de profissionais de saúde. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, Juazeiro do Norte, ano 2, v. 2, n. esp. jun. 2014.

LOPES, Jéssica de Souza. Humanização do acolhimento à mulher vítima de violência doméstica: revisão sistemática a partir da promulgação da Lei Maria da Penha. **Gênero e Direito**, João Pessoa, v. 5, n. 1, p. 282-302, 2016.

MATTOS, Ruben Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

MELO, Elza Machado de *et al.* Rede de atenção e ambulatório Para Elas: práticas de promoção de saúde da mulher em situação de violência. *In*: MELO, Elza Machado de; MELO, Victor Hugo de (org.). **Para elas: por elas, por eles, por nós**. Belo Horizonte: Folium, 2016. cap. 21. (Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência; v. 2).

MELO, Elza Machado de. Promoção de saúde como práxis de autonomia e de mudança. *In*: MELO, Elza Machado *et al.* (org.). **Promoção de saúde: autonomia e mudança**. Belo Horizonte: Folium, 2016. cap. 1. (Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência; v. 1).

MELO, Elza Machado de; MELO, Victor Hugo Machado de. Promoção de saúde e prevenção a violência. *In*: CAMARGOS, Aroldo Fernando; MELO, Victor Hugo de. **Ginecologia ambulatorial**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. p. 101-108.

MELO, Elza Machado. Podemos prevenir a violência?. *In*: MELO, Elza Machado. **Podemos prevenir a violência**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. cap. 1, p. 1- 48.

MENEZES, Paulo Ricardo de Macedo *et al.* Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 778-786, set. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Revista Emancipação**, Ponta Grossa, v. 10, n. 2, p. 435-442, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MIRANDA, Ana Paula Chaves de. A participação social, o controle social e a humanização do atendimento à saúde no Hospital Sofia Feldman *In*: SOARES, Leonardo Barros; MARTINS, Priscila Zanandrez. **Por uma sociedade mais transparente: participação e controle social no Brasil**. Belo Horizonte: UFMG/FAFICH, 2015. v.1, p. 39-61.

MORAES, Edgar Nunes. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/ OMS, 2012. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2019.

NUNES, Mykaella Cristina Antunes; MORAIS, Normanda Araujo de. Violência sexual e gravidez: percepções e sentimentos das vítimas. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 21-36, 2016.

OLIVEIRA, Elizabete Regina Araújo de *et al.* Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 13, n. 4, p. 28-34, 2011.

OLIVEIRA, Maíra Cássia Borges de; ZOCHE, Denise Antunes de Azambuja; ROHDEN Jéssica. Atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica em um serviço de urgência e emergência. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Maringá, v. 21, n. 3, p. 43-48, dez. dez. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa. Ottawa, Canadá: OMS, 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 1 jun. 2016.

PEDROSA, Claudia Mara. A construção de uma ferramenta social para promoção da saúde e dos direitos das mulheres. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 42, p. 123-130, jan./abr. 2009.

PEREIRA, Lizziane d' Ávila *et al.* Educação permanente em saúde: uma prática possível. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 12, n. 5, p. 1469-1479, maio 2018.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.

PUPPIN, Maria Ângela Prates; SABÓIA, Vera Maria. Interdisciplinarity as a structurer in the training and health care process. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, v. 11, supl. 10, p. 4065-4071, out. 2017.

SANTOS, Walquíria Jesusmara dos *et al.* Violência doméstica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo: representações sociais de profissionais da atenção primária à saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online)**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 770-777, jul./set. 2018. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/6197/pdf_1. Acesso em: 02 jun. 2019.

SCHRAIBER, Lilia *et al.* Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 41-54, 2003.

SCHUBERT, Claudio; GEDRAT, Dóris Cristina. Racionalidade comunicativa como meio de promover relações humanizadas no campo da saúde: um olhar segundo Habermas. **Aletheia**, Canoas, v. 49, n. 2, jul./dez. 2016.

SILVA, Marcos Valério Santos da; MIRANDA, Gilza Brena Nonato; ANDRADE, Marcieni Ataíde de. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 589-599, 2017.

SILVA, Marta Paraguai de Souza *et al.* A violência e suas repercussões na vida da mulher contemporânea. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 8, p. 3057-3064, ago. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/110209/22112>. Acesso em: 02 jun. 2019.

SOUZA, Marcio Costa de *et al.* Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, São Paulo – v. 36, n. 3, p. 452-460, 2012.

SOUZA, Tatiana Machiavelli Carmo; SOUSA, Yara Layne Resende. Políticas públicas e violência contra a mulher: a realidade do sudoeste goiano. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v.16, n. 2, p. 59-74, 2015.

TAVARES, Gisely Pereira *et al.* Atendimento humanizado às mulheres em situação de violência: a percepção das mulheres atendidas na DEAM/Parintins, Amazonas. **Revista Gênero na Amazônia**, v. 1, p. 141-145, 2017.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 55, p.1089-1100, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence against women**. Geneva: WHO, 29 Nov. 2017.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA MULTIPROFISSIONAL

Nome:

Sexo:

Idade:

Formação profissional:

Tempo de experiência profissional:

Tempo de atuação no ambulatório:

- 1) Como você percebe a violência contra as mulheres a partir da sua vivência no ambulatório? Você percebe diferença entre como percebia a violência contra as mulheres antes de trabalhar nesse serviço e como percebe hoje?
- 2) Conte-me quais as contribuições você identifica para a sua prática profissional a partir da vivência no ambulatório?
- 3) Sua prática profissional mudou após a sua inserção no ambulatório? O que mudou?
- 4) É possível pensar em promoção em saúde por meio da prática do ambulatório? Como?
- 5) A partir de que perspectiva você pensa a promoção em saúde para mulheres vítimas de violência? É possível pensar em superação da violência?
- 6) Como você percebe o trabalho da equipe multiprofissional que presta atendimento no ambulatório? É possível pensar em cuidado integral?
- 7) Como você percebe as mulheres que são atendidas no ambulatório?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



NÚCLEO – Promoção de Saúde e Paz
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Universidade Federal de Minas Gerais



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada (o) _____,

Eu, Ana Paula Chaves de Miranda, mestranda do Programa de Mestrado de Promoção a Saúde e Prevenção a Violência pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais estou desenvolvendo uma pesquisa de difusão científica cujo título é: **“QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL NO CUIDADO AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: uma experiência exitosa”**. Esta pesquisa é orientada pela Profa. Dra. Amanda Márcia dos Santos Reinaldo e tem como Discutir a experiência de trabalho profissional no Ambulatório de Promoção de Saúde da Mulher em Situação de Violência e Vulnerabilidades/Para Elas para a atuação e formação em saúde.

Sua participação na pesquisa é voluntária, sendo seu direito desistir a qualquer momento da pesquisa.

- Você terá livre acesso durante e após a pesquisa para esclarecer suas dúvidas com o pesquisador, caso seja necessário.
- É possível que você experimente algum desconforto ao dar a entrevista, porém, é garantido total liberdade ao participante em interromper ou desistir da pesquisa a qualquer momento.
- Seu anonimato será preservado na divulgação dos resultados da pesquisa.

Consentimento: Declaro que li e entendi as informações contidas acima. Fui informada (o) sobre os objetivos do estudo e esclareci minhas dúvidas. Estou ciente que em qualquer momento da pesquisa poderei esclarecer novas dúvidas. Sei que as minhas informações pessoais não serão divulgadas. Tenho liberdade de recusar a participar ou de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo ou penalidade. Declaro que recebi uma cópia deste termo.

Desta forma, eu, _____, RG _____ concordo em dar o meu consentimento para participar.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2019.

 Assinatura do pesquisador

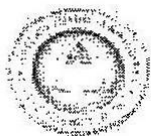
 Assinatura do participante

 Assinatura do Professor Orientador (a)

Contato da pesquisadora: Ana Paula Chaves de Miranda - Tel.: (031) 98753-4501

e-mail: anapaulachavesdemiranda@gmail.com

Contato do Comitê de Ética da UFMG - AV. Presidente Antonio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG
 Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005. Telefone: (031) 3409-4592 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**


Projeto: CAAE – 14187513.0.0000.5149

**Interessado(a): Profa. Simone Mendes Carvalho
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e
Saúde Pública
Escola de Enfermagem- UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 05 de junho de 2013, o projeto de pesquisa intitulado "Acolhimento qualificado da mulher em situação de violência" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto


**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**