

A potência das narrativas e a micropolítica do cuidado: O atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica em um hospital de urgência na periferia de São Luís-MA

The power of narratives and the micropolitics of care: Assistance to women victims of domestic violence in an emergency hospital on the outskirts of São Luís-MA

El poder de las narrativas y la micropolítica del cuidado: Asistencia a mujeres víctimas de violencia doméstica en un hospital de emergencia en las afueras de São Luís-MA

Talita Melo de Carvalho¹

Recebido em: 05/11/2020

Aceito em: 16.01.2021

Resumo

O objetivo deste artigo é discutir questões que atravessam o cuidado em saúde, utilizando, como fio condutor, experiências vividas por uma profissional do Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento às mulheres em situação de violência doméstica internadas em um Hospital de Urgência e Emergência na periferia de São Luís (MA). As narrativas possibilitadas e produzidas no âmbito do serviço de saúde revelam a capacidade de transformação de afetos em encontros entre profissionais e usuárias/pacientes, promovendo novas perspectivas e possibilidades de atuação na dimensão da micropolítica. A partir da ideia da potência dessas narrativas, o artigo observa como os corpos de mulheres violentadas podem ser recebidos e percebidos nesses serviços e inicia uma reflexão de como as abordagens sem o acolhimento adequado podem atravessar de forma agressiva as histórias singulares e os contextos de mulheres na construção e promoção do cuidado.

Palavras-Chave: Violência Contra a Mulher. Sistema Único de Saúde, Antropologia da Saúde.

1. Bacharel em Comunicação Social com habilitação em Jornalismo pelo Centro Universitário de Brasília com especialização em Direção de Documentários pela Academia Internacional de Cinema. Email: talita.mmcarvalho@gmail.com

Abstract

The objective of this article is to discuss issues that go through health care, using, as a “guiding thread” experiences lived by a professional from the Brazil’s Unified Health System in assisting women in situations of domestic violence admitted to an Urgency and Emergency Hospital on the outskirts of São Luís-MA. The narratives made possible and produced within the scope of the health service reveal the ability to transform affections in meetings between professionals and users / patients, promoting new perspectives and possibilities for action in the dimension of micropolitics. Based on the idea of the power of these narratives, the article observes how the bodies of violated women can be received and perceived in the services and initiates a reflection on how approaches without adequate reception can aggressively cross as singular stories and the contexts of women in the construction and promotion of care.

Keywords: Violence Against Women. Brazil’s Health System. Anthropology of Health.

Resumen

El objetivo de este artículo es discutir temas que atraviesan la atención de la salud, utilizando como “hilo conductor” las experiencias vividas por un profesional del Sistema Único de Salud (SUS) en la atención a mujeres en situaciones de violencia intrafamiliar ingresadas en un Hospital de Urgencias y Emergencias. en las afueras de São Luís-MA. Las narrativas posibilitadas y producidas en el ámbito del servicio de salud revelan la capacidad de transformar los afectos en los encuentros entre profesionales y usuarios / pacientes, promoviendo nuevas perspectivas y posibilidades de acción en la dimensión de la micropolítica. Partiendo de la idea del poder de estas narrativas, el artículo observa cómo los cuerpos de mujeres violadas pueden ser recibidos y percibidos en estos servicios y comienza una reflexión sobre cómo enfoques sin una recepción adecuada pueden atravesar agresivamente las historias y contextos únicos de las mujeres. en la construcción y promoción del cuidado.

Palabras-clave: Violencia contra la mujer, Sistema de Salud de Brasil, Antropología de la salud.

1. A violação dos corpos e das almas

Ele dizia que a parte mais bonita do corpo dela eram os peitos e por isso arrancou seus mamilos no facão. Ela chegou aqui no hospital com

a dor física do corpo sequelado, mas a dor emocional era tão latente que sangrava mais do que os seios cobertos com esparadrapos¹.

Mês passado uma adolescente deu entrada por causa de um espancamento. Tinha o nome “Valdir” marcado a faca no braço dela. Ele fez isso para mostrar que ela é propriedade dele, ele a marcou como marcam gado.

Girlene saiu até na televisão, levou dezenas facadas do ex-marido e sobreviveu. Chegou aqui com a barriga aberta e ficou mais de 40 dias em coma. A casa no dia que ele tentou matar ela parecia cena de filme de terror, sangue por todos os lados.

Foram sete tiros de cartucheira na região da face, ela viveu quase que por um milagre, mesmo. Internada após semanas de recuperação das cirurgias, ele ligou e disse “quando você sair daí eu vou terminar de te matar”. Acionamos a Delegacia da Mulher, rastrearam o número de telefone e ele foi preso, respondia por outros dois crimes, além do porte ilegal de arma.

“São alguns relatos das que sobreviveram para contar história, infelizmente muitas não tiveram essa oportunidade”, finalizou Silvia Leite após mais de duas horas relembrando os casos que atendeu nos seis anos de atuação como assistente social em um hospital. Ela coordena o trabalho com mulheres em situação de violência doméstica que são internadas no Hospital de Urgência e Emergência Dr. Clementino Moura, apelidado de Socorrão II, no bairro Vila Operária em São Luís-MA.

A partir dos fortes depoimentos que introduzem este artigo e das narrativas da perspectiva de uma assistente social que atua dentro de um hospital, este artigo chama atenção para a extrema relevância social dos temas que perpassam a violência doméstica, principalmente, abordando a forma com que os profissionais de saúde lidam, em suas rotinas de trabalho, com mulheres violentadas. As narrativas, as pesquisas citadas e os argumentos focam nas discussões sobre os processos de acolhimento e silenciamento no âmbito do atendimento às vítimas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em resumo, o trabalho realizado no hospital conta com uma equipe de assistentes sociais e psicólogas que fazem “busca ativa”² diariamente nas enfermarias identificando e acolhendo mulheres em situação de violência. As violentadas recebem atendimento em rede com participação da Delegacia da Mulher e da Defensoria Pública do Estado do Maranhão. Após a alta médica, elas continuam sendo acompanhadas por psicólogas, presencialmente, por “foneconsulta” ou conversas por *Whatsapp*. Existe uma casa de passagem que abriga essas mulheres em um endereço secreto. O serviço da rede aciona o Conselho Tutelar caso tenha que buscar as crianças e levá-las até as mães.

Silvia Leite, coordenadora dessa equipe, é mulher negra, nordestina, militante e referência de luta no Maranhão. Nos anos 80, fundou o Centro de Cultura Negra do estado e o Grupo Mulheres da Ilha. Silvia já foi presidente do Conselho Municipal da Condição Feminina de São Luís-MA e recentemente nomeada diretora do Sindicato dos Assistentes Sociais do Estado do Maranhão. A atuação como profissional do SUS é “mais uma aba aberta em meio ao histórico de luta”. Ela atua como assistente social há mais de 20 anos. Em uma das entrevistas, me respondendo o que a motivou a escolher essa profissão, ela afirmou “encontrei

no serviço social uma maneira de melhorar o mundo ou de, pelo o menos, melhorar o mundo que está ao meu alcance” e acredito que essa resposta diz muito sobre ela.

O meu encontro com Silvia se deu porque o trabalho dela, realizado em São Luís (MA), faz parte de um amplo material que produzi durante três anos de viagens pelos 26 estados do Brasil. Foram, ao todo, 168 entrevistas registradas em vídeo e esses conteúdos se transformaram na série de documentários Brasil, aqui tem SUS³, que retrata experiências exitosas sobre diversos temas relacionados ao Sistema Único de Saúde em todo país. Os filmes tecem narrativas sobre experiências vividas pelos usuários do SUS e, principalmente, sobre o trabalho das equipes de saúde municipais, trazendo a concepção desses profissionais sobre seu próprio trabalho, suas relações com o sistema, além de proporcionarem a ampliação dos olhares sobre formas de promover saúde.

Ao gravar esse documentário⁴ no Maranhão, entrevistando mulheres que sofreram tentativas de feminicídio, percebi que o tema me tocava de forma visceral. Escutei todos aqueles depoimentos com a imagem da minha avó Iolanda em mente. A imagem que se fixou em mim foi a do inquérito policial de 1993: era o corpo dela quase todo queimado, jogado em uma vala de um pesque-e-pague após ter sido assassinada pelo namorado com um espeto de churrasco fincado no peito. Essa imagem foi parar em vários jornais que recuperei recortes recentemente. No dia 11 de setembro de 1993, no jornal Diário da Manhã, ao lado da foto, tinha uma entrevista com um morador de uma chácara próxima ao terreno em Guapó-GO, onde ela foi encontrada: “aqui sempre morrem animais atropelados. Quando vi de longe uns urubus voando achei que fosse uma vaca morta, mas era uma mulher”. Essa foto e essa fala me vem em mente outra vez, agora escrevendo esse artigo, e me dou conta de que minha avó não teve oportunidade de contar

a própria história e que essa história não é só da minha avó, nem minha, nem de Silvia, ela é de todas nós, mulheres.

A “dor visceral” ao tratar sobre o assunto poderia ser um grande motivador para não escrever esse artigo, e foi, mas insisto.

2. O que faz calar e o que faz ecoar

Durante grande parte da minha vida me disseram que minha avó tinha “morrido do coração”, essa foi a narrativa que os adultos da família combinaram de contar para as crianças. Minha avó, a vida e a morte dela, eram de fato um tabu. Quando eu estava prestes a completar 18 anos, minha mãe, em um dia aleatório, sentada no sofá ao meu lado, resolveu me contar tudo isso de “suspeito”, assim: “sabe sua avó Iolanda? Então, ela não morreu do coração, ela foi assassinada...” A partir daquele dia eu quis saber mais detalhes e pesquisar sobre o caso. Ela me deu acesso a uma outra narrativa sobre a minha avó e eu quis falar mais sobre isso. A “narrativa real” estava lá todo esse tempo, em uma caixa no fundo do armário da minha mãe: um calhamaço de papel com o inquérito, os recortes de jornais da época, até um cartaz “procura-se este homem” com a foto do assassino, estava lá guardado. Ela me deu essa caixa e a oportunidade de conhecer a história por trás da morte da minha avó, que, em vida, vi pela primeira e única vez no meu aniversário de um ano de idade, em abril de 1993.

A “narrativa falsa” que me contaram durante parte da minha vida e a “narrativa real”, daqueles depoimentos e do conteúdo daquela caixa, me fizeram pensar sobre as possibilidades que as narrativas têm de “calar ou ecoar” situações. Assim que tive acesso aos fatos, decidi ecoar. Diante do trabalho de Silvia, onde ela citou diversas vezes “empatia”, “escuta sensível”, “ouvir os gestos”, “entender os olhares”, e a necessidade de promover um ambiente confortável para que essas mulheres se sintam segu-

ras em “revelar a verdade”, em denunciar, se expor, expor quem ama, romper os ciclos, ecoar e não se calar, é possível pensar que as narrativas possibilitadas e produzidas no âmbito do serviço de saúde, principalmente relacionadas às diversas violências, têm uma capacidade de transformação de afetos e potencialização de encontros entre profissionais e usuárias/pacientes.

3. Violência como problema de saúde pública

A forma como a mulher violentada é abordada no serviço de saúde pode abrir (ou manter fechada) a possibilidade de rompimento com a situação de violência. Nessa perspectiva, quando os profissionais que atuam com o fenômeno da violência se posicionam como facilitadores do processo terapêutico é possível construir estratégias que contemplem e respeitem o contexto social e as singularidades das mulheres. Para isso, é necessário se aproximar dessas realidades e dar visibilidade aos conflitos que estão subentendidos nas queixas (PEDROSA, SPINK, 2011). É preciso, inclusive, entender quais são as raízes do silêncio que rondam as mulheres violentadas. Há uma estrutura patriarcal que inibe a fala, então outra estrutura tem que ser criada para possibilitar que a narrativa surja: uma rede de cuidados, de articulação de instituições e da atuação sensível de profissionais. Os hospitais podem servir como “vitrines” das mazelas desse sistema, ou seja, é necessário entender, antes de tudo, que a mulher baleada pelo marido é um sintoma resultado de um sistema doente que necessita ser rompido, modificado, recriado.

A atenção à mulher vítima de violência física, sexual ou psicológica é impregnada de preconceitos e, muitas vezes, reitera as desigualdades. Os desafios do atendimento a vítimas de violência, destacados por diversas pesquisadoras da área da Saúde Coletiva, são citados por Silvia nos relatos sobre o trabalho que coordena no

hospital. Segundo ela, houve uma alteração na dinâmica do atendimento no local. Antes da implantação do projeto, as mulheres que tinham sofrido violência doméstica chegavam na urgência e eram socorridas, mas não tinham atendimento adequado:

Antes desse trabalho elas chegavam aqui diariamente, baleadas, esfaqueadas, fraturadas e eram conduzidas para os procedimentos médicos, mas muitas não falavam que tinham sofrido violência, inclusive grande parte vem acompanhada de seus agressores e são silenciadas. O atendimento de uma vítima de violência não é um atendimento comum, você tem que entender o que ela está dizendo. Ela gesticula, te olha e você tem que entender. Nós temos contribuído para quebrar o ciclo da violência. Ela vem para cá para cuidar do físico e nós temos que trabalhar o subjetivo, trazendo as possibilidades e os direitos dela. Esse tipo de conversa você não costuma ter em um hospital público (Trecho da entrevista com Silvia Leite, assistente social do Hospital de Urgência e Emergência “Socorrão II”- Diário de Campo, São Luís-MA, outubro/2018).

“Independentemente da categoria profissional, a ideia de fragilidade, vergonha e constrangimento é consensual quanto à percepção das mulheres que chegam aos serviços de saúde em situação de violência” (LIMA, 2013, p.61). Lima (2013) também comenta sobre o silêncio dessas mulheres e o atribui à vergonha, ao medo, à culpa ou até mesmo à falta de credibilidade quanto ao acolhimento de sua queixa nos serviços de saúde. Há uma verdadeira dinâmica dominante que perpetua a dificuldade de comunicação: de um lado, o profissional e suas limitações em

perceber e intervir na situação e, do outro, a dificuldade da mulher em se reconhecer como vítima (o que, de alguma forma, significa reconhecer o companheiro como culpado pela agressão) e se sentir pronta para revelar a violência e denunciar. Os profissionais tendem a perpetuar o silêncio, o que repercute de forma negativa na integralidade⁵ da atenção que deve ser ofertada as vítimas. “A mulher não fala e os profissionais não perguntam, denunciando a dificuldade da comunicação, o silêncio e a invisibilidade do problema como consequências de sentimentos de medo, vergonha, preconceito ou descrédito de ambas as partes. (FERRANTE et al., 2009. p.4).

Ferrante et al. (2009) realizou uma pesquisa com médicos das Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto (SP) sobre atendimentos a mulheres vítimas de violência doméstica e obteve diversas devolutivas negativas. Apesar dos médicos terem o conhecimento da violência e serem capazes de identificar, eles relataram dificuldades e barreiras pessoais e institucionais que limitam essa atuação, além disso, ela destacou o preconceito de classe e as relações de gênero entre os profissionais e mulheres usuárias do SUS. “A hierarquia de classe e a hierarquia de gênero se complementam e potencializam, atualizando, no interior da relação médico-paciente, a subordinação histórica das mulheres” (FERRANTE et al., 2009, p. 297).

Em uma pesquisa semelhante com profissionais das equipes do Programa de Saúde da Família do município de Araraquara (SP), também foram obtidas respostas que tendiam para a falta de acolhimento e atendimento adequados as vítimas de violência. Os resultados mostraram que “visões conservadoras condizentes com o senso comum, reveladas na concepção de homem/provedor e da mulher/reprodutora, que são que o reforço dos papéis estabelecidos socialmente” (FRANZOI et al. 2011, p.8). Segunda

elas, é necessário reafirmar a violência contra as mulheres como problema social implica não só dar maior visibilidade ao problema como também pensar uma forma especial de abordar o seu enfrentamento.

O distanciamento da temática “violência” nas grades curriculares dos cursos de medicina e de outras áreas da saúde foi um dos pontos destacados por Pedrosa e Spink (2011) em uma pesquisa com profissionais de um hospital do SUS. Os entrevistados relataram que entraram em contato com essa temática apenas quando discutiram o atendimento a crianças e adolescente vítimas de violência e quando abordaram a violência sexual, porém, sem uma abordagem de gênero, raça/etnia e classe social. Segundo eles, as questões não estavam inseridas em uma discussão político-social e estavam centradas na abordagem saúde-doença e conduta. De acordo com a avaliação das pesquisadoras, a falta de preparação na formação acadêmica para esse tipo de atendimento se traduz em falta de preparo profissional para a atuação no SUS, ou seja, os trabalhadores percebem que ainda não conseguem atuar em uma perspectiva inclusiva e intersetorial.

Diante desses exemplos que ressaltam a falta de preparação de equipes multidisciplinares para lidar com as questões de violência nos serviços de saúde, é possível destacar na entrevista de Silvia alguns pontos principais relacionados a estruturação do serviço. Segundo ela, o envolvimento e capacitação das profissionais é o primeiro passo, a partir disso, integrá-las com o restante das equipes do hospital, dar suporte técnico e condições para a realização do trabalho também são ações citadas como essenciais. A equipe é composta por profissionais mulheres da assistência social e da psicologia e o trabalho é feito em conjunto com as enfermeiras e técnicas de enfermagem, com o apoio dos profissionais da triagem, recepção e segurança do hospital. Silvia relata:

Acho importante contarmos com profissionais de áreas diferentes atuando em equipe para que os atendimentos possam ser feitos de maneira mais completa. Antes de começarem a atuar aqui, todas passam por capacitações onde são discutidos conceitos de violências e casos que já passaram por nós, falamos sobre direitos das vítimas e deveres do Estado, explicamos como a rede de atendimento funciona, os fluxos e as técnicas de abordagens que usamos. As que estão chegando acompanham por um tempo as profissionais que estão a mais tempo para entender a lógica que criamos de trabalho.

Temos relatos de estagiarias que começaram aqui que dizem que mudaram completamente a visão sobre o próprio trabalho, sobre as possibilidades de exercer a profissão. Muitas dizem que mudaram a própria vida, mesmo, como um todo. Na verdade, não tem como não mudar depois dessa experiência, nos fortalecemos com a conquista de cada mulher sobrevivente que passa por aqui e consegue romper com o ciclo de violência com a nossa ajuda.

4. Micropolítica do cuidado

Para além das limitações do profissional de saúde, existem seus potencias. É possível perceber que a concepção desses profissionais pode conduzir a forma como os serviços são executados, mesmo dentro do Sistema Único de Saúde, onde, teoricamente, existem diretrizes determinadas em lei. A concepção dos trabalhadores sobre o próprio trabalho abre uma margem para pensar sobre as formas de produzir saúde e permite iniciar uma análise

sobre os limites e potenciais dessa política pública.

No desenvolvimento da teoria de “trabalho vivo em ato”, o sanitarista brasileiro Emerson Merhy (2002) ressaltou a micropolítica do cuidado em saúde, baseado no caráter imaterial do trabalho, que envolve aspectos afetivos e subjetivos. Em síntese, segundo ele, existe uma dimensão “micropolítica” dentro do SUS composta pela atuação cotidiana dos profissionais de saúde promovendo o acolhimento, vínculo e responsabilização. O elástico conceito de “micropolítica”, inspirado por filósofos franceses e usado por Merhy para refletir sobre questões relacionadas ao SUS, pode ser pensado em diversos contextos da vida em sociedade e traz possibilidades de escapar da lógica imposta pelo sistema capitalista, criando dimensões de atuação política que afirmam a potência da coletividade e as resistências criativas.

No contexto do trabalho em saúde, as redes se formam por conexões que operam a linha do cuidado em todo processo que cerca o usuário/paciente, buscando visibilizar as subjetividades por meio das relações, mas levando em conta o contraditório, o inesperado, os desvios e os estranhamentos. O complexo trabalho em saúde depende de sujeitos reais que produzem e, ao mesmo tempo, são produzidos (FEUERWERKER, 2014).

O trabalho vivo, como dispositivo de formação de fluxos-conectivos, possibilita a formação de uma cartografia no interior dos processos de trabalho como o desenho de um mapa aberto, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade. Apesar do trabalho vivo sofrer processos de captura pela normatização que regula a vida dos trabalhadores, individuais e cole-

tivos, no interior das organizações, permanece uma capacidade operativa nas redes dos serviços, dada pela sua natureza rizomática, isto é, sua constituição por fluxos de conexão entre equipes, no plano da micropolítica. Isto torna possível ao trabalhador operar linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, sendo ele próprio capaz de encontrar novos territórios de significações (FRANCO, MERHY, 2012, p.160).

É fundamental destacar que “macro” e “micro” não se referem a grande e pequeno nem a estado e sociedade em oposição a grupos ou sujeitos. “Essa diferenciação está relacionada com um funcionamento que ativa a relação com a alteridade, com o mundo. Micro é a política do plano gerado pela linha dos afetos” (ROLNIK, 2011. p. 31). Acredito que “afeto”, importante conceito para a psicanálise, poderia dizer muito sobre o que move “micropolíticas” e sobre esse emaranhado de histórias que se cruzam aqui neste artigo. Escolhi conduzir esse texto a partir de depoimentos de Silvia e transcrevo a fala dela que retrata porque decidi falar sobre micropolíticas e afetos:

Entendo que a minha posição aqui é política, esse espaço é político, é um espaço de luta. Estou em um lugar onde tenho possibilidade e responsabilidade de promover a transformação na vida dessas mulheres, que estão extremamente vulneráveis. Você lida aqui com direitos e corpos violados, não é fácil lidar com isso, não é fácil lidar com essa dor. (Trecho da entrevista com Silvia Leite, assistente social do Hospital de Urgência e Emergência “Socorrão II”- Diário de Campo, São Luís-

Como citado, Franco e Merhy (2012), falam sobre o trabalhador “operar linhas de fuga” e traçar lógicas próprias, sendo capaz de “encontrar novas significações”. A partir disso, é possível perceber esse comportamento nas estratégias descritas por Silvia dentro da dimensão política onde ela atua, entendendo que o trabalho em saúde vai além de cumprimento de protocolos. Silvia relata:

Nós criamos fluxos de trabalho e uma metodologia que foi se adaptando e se aperfeiçoando a medida que as devolutivas foram acontecendo, que a gente viu que existia espaço e tínhamos resultado. Insistimos e nos dedicamos muito para isso aqui acontecer como acontece hoje. Questionamos uma série de burocracias que faziam com que a situação de violência ficasse ainda mais violenta para a vítima, você já tá vulnerável, machucada, sem chão, e aí te colocam mil obstáculos? Você provavelmente vai desistir no primeiro. O problema da violência sempre esteve aqui, muitas vezes de forma até escancarada, mas foi necessário relatar mais de 40 casos por mês para reconhecerem que esse trabalho é necessário.

Também é interessante observar que algumas falas de Silvia revelam suas estratégias para acessar as “narrativas verdadeiras” nos “bastidores” do hospital. É possível perceber nesse contexto a “narrativa do olhar”, como citado por ela, onde a mulher não diz nada, mas “olha e gesticula”. Há a “falsa narrativa” contada pela mulher ou pela família, por medo do homem que a violentou, e a “narrativa verdadeira”, que só é revelada quando existe um ambi-

ente empático onde a mulher que foi violentada se sente segura.

Elas chegam aqui com diversas histórias, que nos contam de imediato, com receio de julgamentos ou medo do que pode acontecer com elas. “Escorreguei no banheiro”, “caí na escada”, “caí da moto”, “tentaram roubar meu celular e eu reagi”... Sempre que o laudo do médico não condiz com a história ou que não sentimos confiança no que foi dito, nós voltamos lá para conversar mais. Eu digo para as meninas da minha equipe: toda história tem dois lados, mas você só vai saber do lado verdadeiro se ela confiar em você (Trechos da entrevista com Silvia Leite, assistente social do Hospital de Urgência e Emergência “Socorrão II”- Diário de Campo, São Luís-MA, outubro/2018).

5. As narrativas e os silêncios que transcendem o sujeito

Ampliando o olhar sobre a temática, é possível pensar sobre os agravos à saúde relacionados ao âmbito cultural e social, onde a violência contra a mulher está inserida. Nesta perspectiva, os relatos e narrativas se transformam em importantes ferramentas para analisar os contextos. Rabelo et al. (1999) fala sobre o caráter “intersubjetivo da experiência, onde as questões não podem ser analisadas apenas na unidade corpo-mente, mas também no enraizamento fundamental do indivíduo no contexto social” (p. 14). Sobre a importância dos relatos, Minayo (1994), destaca que a “fala” é um privilegiado recurso para acessar informações importantes para as Ciências Sociais, pois a fala pode ser “reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, por meio de um

porta voz, as representações grupais, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas” (p. 47).

Kofes e Manica (2015) enfatizam a importância da experiência/narrativa individual como ampliação de possibilidades de inflexão social. De acordo com ela “é possível reconstruir o processo sociocultural através de uma experiência particular” (p.14). Kofes (1994) afirma que as estórias de vida podem ser consideradas como fontes de informação, pois retratam uma experiência que ultrapassa o sujeito que relata. A utilização de histórias de vidas na antropologia tende a responder à distintas indagações servindo como documento cultural ou de reconstrução de um processo sociocultural através de uma experiência particular. “Elas sintetizam a singularidade do sujeito - suas interpretações e interesses e também são uma referência objetiva, que transcende o sujeito e informa sobre o social” (p. 117).

Considerando que narrativas pessoais e as “estórias de vida” podem revelar sobre a estrutura social, a omissão e os silêncios também podem ser reveladores do funcionamento e manutenção de uma estrutura social e suas diversas instituições. O silêncio das violentadas, que são silenciadas de todas as formas pela sociedade, o silêncio das instituições como a polícia e a justiça, que arquivam casos ou nem iniciam a investigação dos crimes, o estado, que não garante políticas públicas consistentes para mudar de forma estrutural essa realidade. É perceptível que o silêncio é peça-chave, a “narrativa do não dito”, em todas as instâncias, é parte da manutenção da estrutura onde a violência contra a mulher está enraizada. Situações citadas por Silvia durante sua experiência de trabalho destacam a narrativa da família e das próprias mulheres violentadas, que podem omitir fatos e não revelar a verdade por trás do caso, por medo do agressor e da exposição. Como ela descreve em algumas situações:

A menor que deu entrada aqui essa noite, chegou com a vagina mutilada, dizendo que tinha feito isso com as próprias unhas. A mãe confirmou a história, mas o médico que a examinou disse que seria impossível ela mesma ter feito isso como foi relatado.

Diversas vezes levei mulheres para outras salas dizendo que não era permitido acompanhantes, quando percebia que o marido não saia de perto e ela, claramente, estava sendo coagida por ele. Assim que fechamos a porta a mulher desabava a chorar e pedia socorro.

Mattingly (2004) comenta sobre as “narrativas vivas” ou “performances”, onde o momento presente é a chave da questão. O contexto de como, onde e quando a narrativa está inserida também podem compor o discurso. “Narrativas não são relatos retrospectivos de eventos, mas envolvem a modelagem ativa dos momentos presentes. São narrativas vivas” (ibidem, p.74). Ainda segundo Mattingly (2004) “as narrativas podem ser mais interpretadas do que contadas, e podem desempenhar um papel poderoso no cuidado” (ibidem, p.74). Assim como Silvia relata:

Aqui ela está em uma sala fechada, mais tranquila, em um ambiente que não é a delegacia. Ela diz o que quer, eu pergunto se ela autoriza que eu grave, eu repasso para a delegada e chegando lá na delegacia para formalizar o boletim de ocorrência ela não precisa repetir tudo de novo. Eles já sabem da história dela, inclusive, tem muita coisa que ela diz aqui para gente, que ela não diria lá.

Na experiência de trabalho relatada neste artigo, é possível

perceber que existe um rompimento com as práticas baseadas em um modelo biomédico⁶, que, na maioria das vezes, estabelecem relações de poder entre profissional de saúde e usuários/pacientes. Essas relações de poder também podem ser percebidas em outros ambientes institucionais que fazem parte do percurso das que decidem denunciar, como delegacias, por exemplo, espaços que as condutas podem reprimir e coagir essas mulheres.

No artigo “Por que algumas mulheres não denunciam seus agressores?”, Cordeiro (2018), indica que, apesar da criação da Lei Maria da Penha e da maior problematização da violência contra a mulher nos últimos anos, as instituições, e a sociedade como um todo, estão inseridas em um sistema patriarcal, ou seja, a lei por si só não é o suficiente para modificar a estrutura de uma sociedade, a lei é apenas uma das ferramentas. Também foi destacado por ela que muitas mulheres não denunciam por haver uma dependência afetiva e econômica de seu parceiro, por medo de novas agressões e por falta de confiança nas instituições públicas responsáveis.

É notado também que muitas vítimas não tendem a ter apoio familiar para denunciar o agressor. Isso se dá devido a invisibilização da violência e sustentação da integridade da família onde a denúncia é vista como fator que viola a integridade familiar, ignorando o fato de que o crime cometido já é uma violação (CORDEIRO, 2018, p. 10).

As instituições, inclusive a família, além de muitas vezes serem omissas as situações de violência, também costumam atribuir a culpa às violentadas, reproduzindo um discurso machista e patriarcal. Como conta Silvia, relatando situações que acontecerão no hospital:

Uma menina levou um tiro do namorado e ficou cega de um olho. Quando o médico foi contar para ela sobre a cegueira, nós estávamos lá. A mãe no leito dizendo “eu falei para você não se envolver com aquele homem”. Nessa hora, é o momento de conversarmos com a mãe e com os familiares que vão estar diariamente do lado daquela vítima, fazer com que eles entendam que a culpa não foi dela, mas sim dele. É um trabalho difícil, porque é um discurso que ouvimos inclusive dos próprios profissionais de saúde.

Aqui no Socorrão estamos em uma região de facção, a criminalidade é pesada. Recebemos meninas ligadas ao tráfico, estupradas e violentadas. Se é difícil entender que uma mãe de família não tem culpa pela violência que sofre, imagina uma menina envolvida com o crime? Independentemente de quem ela é, ou do que ela fez, nenhuma mulher é culpada por ser agredida, nenhuma! Essa é uma frase que repito aqui todo dia, todo santo dia.

Relacionado ao impasse da denúncia, Silvia também relata casos de mulheres reincidentes nos serviços, que muitas vezes chegam a ir mais de uma vez por mês no hospital, “sem contar com as idas às Unidades Básicas de Saúde quando os ferimentos são mais amenos”, ela conta:

Temos várias vítimas reincidentes, umas que já vieram parar aqui três vezes em menos de um mês e só na terceira a gente finalmente conseguiu que ela falasse a verdade. Ao invés de condenar, julgar e dizer: “você aqui de novo?” A gente faz o atendimento como da

primeira vez e ainda com mais atenção. Não cabe a gente questionar elas pelas histórias que inventam, muito pelo contrário, cabe a gente ter empatia, ouvir e auxiliar.

Dentre as estratégias para tentar romper o silencio e fazer com que as violentadas denunciem seus agressores, Silvia relata que esperar um tempo entre o ocorrido e a abordagem pode ser fundamental:

Muitas vezes a gente faz a abordagem após 48 horas do ocorrido, daí ela tá lá no soro, olhando pro teto... já deu tempo de refletir bastante sobre o que aconteceu com ela, deu tempo de ela ver as cicatrizes, a intensidade dos ferimentos, o rosto sem o dente... A gente aborda bastante a questão da autoestima, depois que ela já viu o estado que ficou, ela consegue ter dimensão mais palpável do que aconteceu. Fica mais claro para elas que é a gota d'água e aceitam com mais facilidade fazer a denúncia.

As marcas e cicatrizes da agressão, destacadas por Silvia, também foram tema de pesquisa feita por duas especialistas em Saúde Coletiva, que focaram o estudo no valor simbólico dos danos ao rosto causados por violência doméstica, considerando o pressuposto da cultura ocidental, que situa a face como uma das partes mais valorizadas do corpo humano. Segundo elas é “evidente o sofrimento emocional associado às marcas visíveis e invisíveis deixadas pelo abuso sofrido. A depreciação da autoimagem e a ameaça à identidade pessoal são alguns dos agravantes deste tipo de vitimização” (DOURADO, NORONHA, 2014, p.9).

6. Cicatrizes visíveis e invisíveis

Na maioria das vezes as mulheres vítimas de violência

apresentam problemas que não se reduzem às consequências imediatas dos atos violentos vivenciados, mas que afetam a vida como um todo. O trabalho em rede com outros serviços públicos que podem amparar mulheres em situação de violência é outro ponto fundamental do trabalho coordenado por Silvia. De acordo com ela, as ações realizadas no Socorrão articularam uma rede de cuidado, que envolve Segurança, Justiça e Assistência Social para proporcionar amplo apoio às violentadas:

As pessoas entendiam aqui a violência como um problema de polícia, mas a polícia sozinha não conseguia reverter o problema, era preciso ofertar esse serviço em rede para que essas mulheres tivessem apoio. Acredito que ofertar saúde vai além da assistência, significa também dar possibilidade para essa mulher resgatar a própria vida.

Assim como a violência não pode ser entendida como “problema de polícia”, como citou Silvia, ela também não pode ser entendida como um “problema médico” (MINAYO, 2010, p. 24). O tema foi por muito tempo tratado apenas nas esferas do Direito e da Segurança Pública e nos últimos anos, vem sendo cada vez mais inserido nas discussões da Saúde Pública. No entanto, para Minayo (2010), quando o problema começa a ser entendido como pertencente a esfera da saúde ele necessita também ser compreendido na sua complexidade dentro da própria área. No trabalho com vítimas de violência, há uma grande dificuldade em lidar com questões percebidas como culturais, sociais e psicológicas e a cultura da atenção emergencial aumenta ainda mais esse problema, dificultando a humanização do serviço.

Infelizmente, a experiência do hospital de São Luís-MA

não representa a maioria dos serviços públicos de saúde, onde percebe-se a falta de estrutura física, administrativa, onde perpetuam modelos de assistência organizados de forma ineficiente, principalmente na atenção hospitalar. Destacando também a falta de qualificação profissional e o suporte físico e emocional que deve ser oferecido aos trabalhadores que lidam com essa demanda. Lima (2013) ressalta a falta de acesso, a ambiência, a hierarquização e a superlotação como fatores que imputam em violências institucionais e contribuem para a adoção de atitudes restritivas na atuação dos trabalhadores da saúde em relação as vítimas de violência.

Diante disso, mesmo trazendo a importância da atuação dos profissionais nessa micropolítica do cuidado em saúde, é preciso destacar que existem aspectos materiais essenciais, como investimento sustentável de recursos em equipamentos, medicamentos e estrutura da assistência em geral, que devem estar em consonância para permitir o acesso e a oferta dos serviços de forma adequada. Muitas vezes, a necessidade das ações de pessoas operando na dimensão da micropolítica, sem os devidos suportes, pode ser resultado de um problema estrutural na “macropolítica”, de um desamparo do Estado em relação à população e a falta de comprometimento real com as políticas públicas.

Por fim, com os relatos de Silvia e as reflexões iniciadas neste artigo é possível enxergar o papel que as narrativas cumprem na identificação, abordagem e acolhimento às vítimas de violência nos serviços de saúde e o quanto esse trabalho depende do entendimento do profissional sobre a importância da própria atuação no processo de rompimento do ciclo de violência. Resgato uma das falas de Silvia que resume bem essa ideia: “Entendo que a minha posição é política, esse espaço é político, é um espaço de luta”. Afinal, quais são nossos espaços de luta?

Silvia me enviou mensagens recentemente dizendo que

esse trabalho realizado por ela e sua equipe em São Luís seria ampliado para outros municípios do Maranhão a partir de 2021. Junto com a mensagem ela enviou o *link* do Diário Oficial do Estado do Maranhão, onde constava, de certa forma, “a narrativa oficial” de “reconhecimento” e “validação” do trabalho que vem sendo realizado há mais de seis anos, com muitas conquistas, porém, sem tantos reconhecimentos. Comemorando, ela me encaminhou também fotos de todas as mulheres da equipe vestindo a camiseta do projeto estampada com a frase “Não se cale! Estamos juntas”. E essa frase ecoa aqui também. Seguimos.

Notas:

1. Trechos da entrevista com Silvia Leite, assistente social do Hospital de Urgência e Emergência “Socorrão II”- Diário de Campo, São Luís (MA), outubro/2018. A escolha de usar apenas os depoimentos de Sílvia e não o discurso direto das vítimas, tem objetivo de acrescentar a discussão sobre como a profissional de saúde, que lida com essas mulheres violentadas diariamente, entende (tanto a situação do outro, quanto seu papel), e interpreta esses casos de violência e formula seu discurso sobre o tema.
2. “A busca ativa” é um termo usado na saúde pública, principalmente nas vigilâncias epidemiológica e sanitária e pode ser definido como uma busca por indivíduos com o fim de uma identificação sintomática, principalmente das doenças e agravos de notificação compulsória.
3. A série de documentários é um dos produtos da Mostra Brasil, aqui tem SUS, promovida pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) desde 2003, abre anualmente a participação aos 5.570 municípios dos 26 estados e Distrito Federal. A seleção das experiências é feita, a partir de apresentações orais dos próprios autores, por um júri diversificado com partici-

pação de acadêmicos, pesquisadores, e representantes de instituições relacionadas à saúde como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

4. O webdocumentário Brasil, aqui tem SUS - São Luís-MA foi produzido e dirigido por mim em setembro de 2018 e retrata a experiência exitosa premiada como o melhor trabalho dos municípios do Maranhão na Mostra Nacional” Brasil, aqui tem SUS”. O vídeo está disponível na íntegra no Youtube, Link para acesso: <https://www.youtube.com/watch?v=3QDFyt1LUs8>

5. É necessário destacar que a atenção integral à vítima de violência se refere não somente à cuidados relacionados a assistência em saúde, mas também toda a rede de serviços que o Estado deve ofertar para amparar essas mulheres de maneira consistente, como previsto na Lei nº 11.340 (Lei Maria da Penha) publicada em 2006, onde diversas ações transversais são previstas. Em consonância com essa lei foi publicada, em 2011, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres que determina ações integradas, criação de normas e padrões de atendimento, incentivo à constituição de redes de serviços, apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência e ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública.

6. Em síntese, o modelo “biomédico” é centrado no profissional médico e não no cuidado multidisciplinar, que envolve a atuação de outros profissionais da área da saúde, O modelo entende a “doença” basicamente, focado em fatores biológicos, não incluindo fatores sociais

Referências:

CORDEIRO, Débora. Por que algumas mulheres não denunciam seus agressores? *Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, n.º 27, p. 365-383, 2018.

DOURADO, Suzana de Magalhães e NORONHA, Ceci Vilar. Marcas visíveis e invisíveis. Danos ao rosto feminino em episódios de violência conjugal. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 20, n.º 9, p. 2911-2920, 2015.

FERRANTE et al., Violência contra a mulher: a percepção dos médicos das Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto - São Paulo. *Interface Comunicação e Saúde*, vol. 13, n.º 31, p. 99-287, 2009.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. 1ª ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FRANCO, Túlio Batista, MERHY, Emerson Elias. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Revista Tempus Actas Saúde Coletiva*, vol. 06, n.º 1, p. 151-163, 2012.

FRANZOI, Neusa Maria et al., Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, vol. 19, n.º 3, p. 589-597, 2011.

KOFES, Suely. Experiências sociais, interpretações individuais. *Cadernos Pagu*, n.º 03, p. 117-141, 1994.

KOFES, Suely e MANICA, Daniela. Narrativa biográficas: que tipo de antropologia isso pode ser? In: *Vida & grafias: narrativas antropológicas entre biografia e etnografia*. Rio de Janeiro: Lampaína, 2015, p. 14-39.

LIMA, Stenia. *Os profissionais de saúde e a atenção à mulher em situação de violência sexual: um estudo nos serviços de referência do município de Natal-RN*, 2013. Tese (Mestrado em Saúde Pública) Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.

MATTINGLY, Cheryl. Performance narratives in the clinical world. In: HURWITZ, Brian; GREENHALGH, Trisha; SKULTANS, Vieda (Orgs.). *Narrative research in health and illness*. Oxford: Blackwell Publishing, 2004, p. 73-94.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*.

São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6^a ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, Maria Cecília. In: NJAINE, Kathie et al. (Orgs.). *Impactos da Violência na Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 2010.

MINAYO, Maria Cecília. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.10, p.7-18, 1994.

PEDROSA, Claudia Mara; SPINK, Mary Jane Paris. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Revista Saúde Sociedade*, vol. 20, n °. 1, p. 124-135, 2011.

RABELO, Miriam, et al. “Apresentação” e “Introdução”. In: *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p. 9-41.

ROLNIK, Suely. *Cartografia sentimental. Transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Editora Sulina, 2011.