

Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência*

ELEMENTS OF COMPREHENSIVENESS IN THE PROFESSIONAL HEALTH PRACTICES PROVIDED TO RURAL WOMEN VICTIMS OF VIOLENCE

ELEMENTOS DE INTEGRALIDAD EN LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES DE SALUD A MUJERES DE ÁMBITO RURAL VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

Marta Cocco da Costa¹, Marta Julia Marques Lopes²

RESUMO

O presente artigo trata de estudo qualitativo que buscou conhecer e analisar práticas de cuidado de profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência, na perspectiva da atenção integral, em municípios da Metade Sul, RS. Participaram da pesquisa, profissionais e trabalhadores dos serviços de saúde, que atuam em áreas rurais. As informações foram geradas por meio de entrevista e analisadas pela modalidade temática. Apontam-se como elementos de cuidados às usuárias rurais em situações de violência não só os dispositivos relacionais – acolhimento, vínculo e diálogo – como também a construção de ações coletivas por meio de atividades grupais, reconhecidas como potencializadoras da promoção da saúde e do empoderamento individual e coletivo na dimensão dos eventos violentos. Constatou-se que nas práticas de cuidado dos profissionais há um direcionamento para a inclusão das usuárias rurais como protagonista do cuidado, estabelecendo uma relação entre trabalhador-usuária para a produção da integralidade.

DESCRIPTORIOS

Violência contra a mulher
Atenção Primária a Saúde
Saúde da população rural
Assistência integral à saúde
Cuidados de enfermagem

ABSTRACT

The present article refers to a qualitative study that was performed with the objective to identify and analyze the practice of healthcare professionals regarding rural women victims of violence, under the perspective of comprehensive care, in cities located in southern Rio Grande do Sul state. Participants were healthcare professionals and workers from health services who work in rural areas. The information was generated through interviews and analyzed using the thematic mode. In regards to care elements provided to rural women who are victims of violence, the study pointed out not only the relational strategies – welcoming, attachment and dialogue – but also the construction of collective actions through group activities, recognized as supporting health promotion, as well as individual and collective empowerment in the dimension of violent events. It was found that the professionals' care practices are aimed at focusing care on the rural women, establishing a relationship between the worker and client to produce comprehensiveness of care.

DESCRIPTORS

Violence against women
Primary Health Care
Rural health
Comprehensive health care
Nursing care

RESUMEN

Estudio cualitativo que apuntó a conocer y analizar prácticas de cuidado de profesionales de salud a mujeres de ámbito rural víctimas de violencia, en la perspectiva de atención integral, en municipios de la Mitad Sur de Rio Grande do Sul. Participaron profesionales trabajadores de servicios de salud actuantes en áreas rurales. Datos generados mediante entrevistas y analizados según modalidad temática. Se determinan como elementos de cuidado a pacientes rurales en situaciones de violencia no sólo a los dispositivos relacionales, acogida, vínculo y diálogo, sino también a la construcción de acciones colectivas mediante actividades grupales, reconocidas como potencializadoras de la promoción de salud y del empoderamiento individual y colectivo en la dimensión de eventos violentos. Se constató que en las prácticas de cuidado de los profesionales existe un direccionamiento hacia la inclusión de las pacientes rurales como protagonistas del cuidado, estableciendo una relación entre trabajador-paciente, para la generación de la integralidad.

DESCRIPTORIOS

Violencia contra la mujer
Atención Primaria a la Salud
Salud rural
Atención integral de salud
Atención de enfermería

* Extraído do projeto "A violência contra a mulher em áreas rurais e municípios de pequeno porte do estado do Rio Grande do Sul", Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011. ¹ Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Assistente II da Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões. Pesquisadora do Grupo de Estudos Sobre o Cuidado nas Etapas do Desenvolvimento Humano e do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva. Palmeira das Missões, RS, Brasil. marta.c.c@ufsm.br ² Doutora em Sociologia. Professora Titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenadora do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva. Porto Alegre, RS, Brasil. marta@enf.ufrgs.br

INTRODUÇÃO

A temática da violência contra as mulheres rurais é de extrema relevância para o setor da saúde e para a enfermagem, uma vez que os índices de violência contra as mulheres, a *invisibilidade* dessa problemática no campo da saúde e as incipientes estratégias de intervenção a partir dos serviços, são elementos que se articulam e tensionam o sistema de atenção. Além disso, no meio acadêmico há poucos estudos enfocando a violência contra as mulheres residentes e trabalhadoras rurais e, em particular, pouco se conhece a respeito dessa especificidade geossocial. Com isso, o estudo problematiza a violência contra as mulheres na perspectiva da saúde em espaços rurais do sul do Brasil, considerando as práticas de cuidado e a integralidade da atenção em suas dimensões profissionais e dos serviços públicos.

A violência contra as mulheres está presente em toda a sociedade, sendo um fenômeno relacionado às culturas de gênero e à distribuição do poder dentro de cada grupo social. Esse evento caracteriza-se por cometimento de um homem contra uma mulher, influenciado pelos modelos culturais, pelas *pedagogias culturais* do que é ser homem, do que é ser mulher e de como a violência insere-se nas relações interpessoais, fortalece e perpetua assimetrias de poder entre os sexos⁽¹⁾. Nesse sentido, as culturas de gênero conferem certa *legitimidade* à existência desse tipo de violência, mais frequentemente expressa no espaço socialmente ocupado pelas mulheres: o espaço privado, a família, o domicílio.

Ao se pensar a violência contra as mulheres rurais, pode-se refletir sobre a sua sobreposição e potencialização em contextos adversos e de exclusão. O distanciamento dos recursos coletivos de atenção social e de proteção soma-se às grandes distâncias geográficas dos centros urbanos, onde se encontram tais recursos, favorecem a invisibilidade e o não enfrentamento dessas situações.

Em se tratando da violência, deflagrada em radicalizações de movimentos sociais em espaços rurais, em uma perspectiva coletiva, a mulher participa dos conflitos desde a época da colonização do Brasil, embora a literatura nem sempre evidencie a presença feminina em movimentos dessa natureza. Já em relação à violência doméstica, pouco se conhece, pouco está dito, visto que os cotidianos das mulheres rurais são tempos e espaços de invisibilização⁽²⁾.

Essa discussão tensiona o setor da saúde, por ser o espaço potencial de detecção desses eventos. No entanto, estudos têm mostrado que nem sempre os serviços de saúde oferecem uma resposta satisfatória

para o problema (que não é reconhecido como legítimo no campo diagnóstico, por exemplo), resultando na diluição dos eventos violentos entre outros agravos, desconsiderando a intencionalidade do ato que gerou o estado de adoecimento⁽³⁻⁴⁾.

Diante dessas constatações, agrega-se como possibilidade de análise das práticas de saúde no campo da violência contra as mulheres rurais a dimensão de pensá-las, considerando a integralidade da atenção. Esse dispositivo analítico, por assim dizer, materializa-se na proposta da integralidade da atenção às mulheres vítimas de violência como estratégia propulsora de alternativas para o modelo de saúde fragmentado e desarticulado. Pode-se afirmar que, para o Sistema Único de Saúde, a integralidade assumiu a condição de princípio e modelo de ação. Dessa forma, é impossível pensá-la de maneira isolada, sem considerar a intersectoralidade, individualidades, contextos e situações.

... a integralidade da atenção às mulheres vítimas de violência, no espaço específico do rural e de cada serviço de saúde, poderia constituir-se no esforço e trabalho da equipe envolvida em traduzir e atender, da melhor maneira possível, as necessidades e sofrimentos dessas mulheres...

Com isso, reconhece-se que a integralidade é fruto do esforço e confluência dos vários saberes de equipes multiprofissionais no espaço concreto e singular dos serviços de saúde. A essa dimensão compreensiva denomina-se integralidade focalizada⁽⁵⁾. Assim, no encontro do usuário com a equipe, haveria de prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de fazer-se a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço de saúde e apresentadas em algumas demandas específicas.

Poder-se-ia argumentar, portanto, que a integralidade da atenção às mulheres vítimas de violência, no espaço específico do rural e de cada serviço de saúde, poderia constituir-se no esforço e trabalho da equipe envolvida em traduzir e atender, da melhor maneira possível, as necessidades e sofrimentos dessas mulheres em sua complexidade, o que exigiria que fossem compreendidas em sua expressão singular.

Ainda nessa perspectiva de raciocínio, buscando entrecruzar sentidos e práticas, a dimensão de integralidade focalizada pode ser articulada à integralidade ampliada, que pressupõe a articulação em rede, institucional, intencional, processual das múltiplas integralidades focalizadas, que tendo como epicentro cada serviço de saúde, articulam-se em fluxos e circuitos a partir das necessidades das pessoas⁽⁵⁾.

Nas situações de violência contra mulheres rurais, a integralidade ampliada estaria na relação articulada, complementar e dialética, entre a amplitude da integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços em consonância com as diretrizes políticas,

técnicas e éticas. Pressupõe o uso de uma ampla rede intersetorial que propicie caminhos diversos a partir das singularidades e dos projetos de vida de cada mulher.

Considerando essas dimensões e possibilidades reflexivas, elaboraram-se questões que buscam iluminar algumas leituras e olhares capazes de contribuir na compreensão dessa problemática. Questionam-se, assim, quais práticas de profissionais e serviços, nas realidades rurais estudadas, organizam-se no sentido de dar conta da atenção integral a mulheres vitimadas pela violência doméstica. E tem-se como objetivo conhecer e analisar práticas de cuidado de profissionais e serviços de saúde a mulheres rurais vítimas de violência na perspectiva da atenção integral, em municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul.

MÉTODO

Para alcançar o objetivo proposto, optou-se pela investigação de caráter exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa revela a finalidade do problema em estudo, ou seja, descrever, compreender e explicar a questão de investigação, aprofundando-se no mundo dos significados, das crenças e dos valores dos sujeitos⁽⁶⁾.

Esleu-se como local de estudo, a base geográfica do Programa de Pesquisa Interdisciplinar (PROINTER), que é fruto de um acordo de cooperação interuniversitário franco-brasileiro entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a Universidade Paris 7, a Universidade Paris 10, a Universidade Bordeaux 2, e a Universidade Federal do Paraná. A região escolhida para o desenvolvimento desse programa foi a Metade Sul do Estado do Rio Grande do Sul, que vem sofrendo uma crescente desaceleração econômica, quando comparada a outras regiões do Estado, o que torna visíveis as disparidades regionais. Estão incluídos nesse programa oito municípios: Arambaré, Camaquã, Canguçu, Chuvisca, Cristal, Encruzilhada do Sul, Santana da Boa Vista e São Lourenço do Sul⁽⁷⁾.

Foram participantes desse estudo profissionais, trabalhadores dos serviços de saúde que atuavam em áreas rurais, atendendo demandas de mulheres, que prestavam assistência a mulheres vítimas de violência, atuando no serviço há mais de 6 meses. Em números, totalizam-se 43 participantes: 19 agentes comunitários de saúde, 14 enfermeiras, 9 médicos (as) e 1 psicóloga. Evidenciou-se que desses 79% são do sexo feminino e 21% do sexo masculino, mostrando o predomínio feminino clássico no cenário do trabalho em saúde.

Optou-se pelo termo geração em vez de coleta de dados, visando englobar uma série de relações entre pesquisador, mundo social e dados mais amplos, o que pretende a pesquisa qualitativa⁽⁸⁾. Portanto, para a geração das informações buscou-se elementos discursivos por meio de entrevista semiestruturada. Construiu-se um guia para as entrevistas, organizado em dois eixos: o primeiro dedica-

do à caracterização sociodemográfica dos (as) entrevistados (as); o segundo com questões abertas que contemplaram o objeto de estudo. As entrevistas foram previamente agendadas com os profissionais, realizadas nas unidades de saúde em que os mesmos estavam inseridos, no período de julho a novembro de 2010.

Para o tratamento dos dados, utilizou-se o método de Análise de Conteúdo, por meio da técnica de análise temática, considerando a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽⁶⁾. As análises foram realizadas com o auxílio do software QRS NVivo versão 7. Esse estudo foi realizado em consonância com as normas da Resolução 196, para pesquisas com seres humanos, de 10 de outubro de 1996⁽⁹⁾. Obteve-se a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, sob protocolo CPS-ESP 496/09.

RESULTADOS

Inicia-se a socialização dos resultados apontando os primeiros elementos identificados no estudo, que remetem à integralidade da atenção às usuárias rurais em situações de violência. Esses resultados centram-se em dispositivos relacionais, como acolhimento, vínculo, diálogo e orientação. O primeiro dispositivo mencionado foi o *acolhimento*,

A primeira coisa é o acolhimento, isso envolve projeção, respeito, admiração, que a equipe conquista junto à comunidade e aos usuários. (...) é o acolhimento que vai trazer, assim, a pessoa a acreditar que nós vamos poder resolver o problema dela, principalmente, quando estamos falando de violência contra as mulheres do meio rural (...) (MED 23).

...a gente tem que ir lá primeiro durante a visita domiciliar, como enfermeiro fazer com que essa mulher sintase acolhida e adquirir aquela confiança (ENF 19).

...tive um caso que levou muito tempo para a mulher tomar uma decisão, pois aqui no meio rural é mais difícil para a mulher sair de certas situações (...) eu sempre acolhia ela, conversava, explicava como que são as coisas (...) tento sempre acompanhar, e nunca dizer faz isso ou faz aquilo (ACS 18).

O acolhimento envolve para além da compreensão, o respeito ao tempo que essa mulher, muitas vezes, necessita para tomar a decisão certa. Envolve, também, uma compreensão do porque a mulher retoma o relacionamento com o agressor, não porque gosta de apanhar, mas porque ainda precisa de apoio para atitudes de mudança nas relações que estabelece com o companheiro. As falas mostram abertura para acolher e construir vínculo com essas mulheres, encorajando-as para o relato do sofrimento, possibilitando a detecção da violência, que pode estar acompanhada pela depressão, ansiedade ou até mascarada por algum tipo de queixa.

A construção do *vínculo*, segundo dispositivo relacional mencionado, principalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde acontece, mais frequentemente, durante a visita domiciliar, pois provoca um encontro entre sujeitos (trabalhadores e usuárias) o que permite, em muitos casos, o desvelamento da violência vivida.

...através, principalmente, da nossa visitação. Aquela visitação seguida, aquela amizade, nos leva a enxergar onde se começa primeiro (...) entrar no lar, conseguir amizade, conseguir a confiança, o vínculo que construímos, isso ajuda a conhecermos às mulheres, e elas sentem, muitas vezes, em nós alguém para desabafar (ACS 5).

Observa-se que o estabelecimento do vínculo com as mulheres rurais permite a construção de relações de confiança e de abertura para o outro, como também possibilita a reciprocidade de experiências e fomenta a interlocução entre sujeitos. Isso potencializa formas de negociação que caminham no consenso de necessidades e responsabilidades compartilhadas de forma horizontal e do reconhecimento do outro como detentor de poderes ou direitos e saberes, questionando as ações de cuidado centradas meramente no saber do trabalhador.

Ancorando as reflexões na prática desse estudo, constatou-se que para a constituição e fortalecimento do vínculo e da confiança, alguns profissionais referiram à importância de valorizar a comunicação e o diálogo com as mulheres rurais, permitindo que as condições de vida dessas mulheres entre na dinâmica do trabalho em saúde, possibilitando, muitas vezes, a superação de seus sentimentos de medo e vergonha para falarem sobre situações de violência vividas. De tal modo, o interesse demonstrado no ato do cuidado, em ouvir as inquietações dessas usuárias de modo acolhedor, começa, nesse momento, a firmar o vínculo.

...quando eu tenho conhecimento de um caso de violência aqui com as mulheres rurais, eu procuro estar mais próxima, conversar mais, converso com pai, com mãe, com um vizinho, no que a gente podia ajudar, fazer com que essa pessoa reaja, mostrando alguns caminhos (ACS 4).

...procuro sempre deixar espaço para a mulher relatar, geralmente nas consultas de enfermagem elas falam bastante, por isso o diálogo com as mulheres, principalmente, das áreas rurais é importante, às vezes elas querem somente conversar, serem ouvidas, desabafar (ENF 28).

Na relação entre usuárias e profissionais, apareceu frequentemente nas falas a dimensão da *orientação* como ferramenta que possibilita mostrar caminhos às mulheres, no sentido de fortalecer suas atitudes para a desnaturalização das situações de violência, levando ao rompimento dessas, como expressa a fala,

...eu tenho para te dizer que a nossa ferramenta aqui nas áreas rurais que nós temos mais forte é a ferramenta orientativa (...) em geral procuramos orientar, mostrar para a mulher que ela não precisa ficar nas situações violentas, que é sim possível, e que ela tem os seus direitos (ACS 2).

A dimensão orientativa coloca-se enquanto estratégia importante para mediar às interlocuções entre os sujeitos, empoderar e fortalecer as mulheres para o enfrentamento das situações violentas. Com isso, principalmente os Agentes Comunitários de Saúde encontram-se na privilegiada situação de acesso e relação diferenciada de proximidade com os domicílios e vida comunitária das usuárias. Podem, dessa forma, potencialmente, assumir a promoção da não violência por meio da divulgação, informação e orientação sobre direitos e serviços existentes na comunidade e fora dela, são agentes privilegiados⁽¹⁰⁾.

Outros elementos sinalizados nas falas como potencializadores da atenção integral no campo da violência, principalmente, dos profissionais enfermeiros (as) e dos Agentes Comunitários de Saúde, é a *construção de ações coletivas* para essas mulheres, por meio de atividades grupais. Essas ações constituem-se em espaços, segundo os entrevistados, privilegiados para a promoção da saúde e o empoderamento individual e coletivo das mulheres usuárias dos serviços.

O espaço de grupo foi mencionado pelos profissionais como *locus* privilegiado para a identificação de casos de violência contra as mulheres rurais, também com o propósito de oferecer um lugar protegido de trocas de experiências e de construção de cidadania. Esse espaço, não raro, é o único que possibilita às mulheres rurais estarem em outro ambiente que não o do domicílio. Em geral, estão limitadas ao isolamento no próprio sofrimento naturalizado e pelo afastamento concreto, muitas vezes também geográfico, de qualquer serviço que possa funcionar como rede de apoio.

A gente sempre faz atividades com grupos de saúde, a gente trabalha com hipertenso, diabético, e também com as mulheres (...) a gente não chama só àquelas que a gente sabe que sofreram algum tipo de violência, mas a gente deixa aberto para todos e sempre reforçamos os direitos delas. Eu acho que na forma desses grupos é uma maneira delas interagirem também e para encorajar essas mulheres, para falarem sobre esse problema e também é uma das únicas atividades que tem para elas (ENF 19).

Nesse estudo, ressalta-se o relato de uma enfermeira, no qual afirma que a constituição do grupo de mulheres da comunidade em que atua originou-se a partir de uma mulher rural que vivenciava em seu contexto familiar situações de violência:

...temos um grupo de mulheres que se originou a partir de uma mulher que sofria violência psicológica, física também, e ela resolveu abandonar a família e ir embora, e o marido acabou se suicidando. Então todo mundo associa a saída dela, que ela fugiu das regras, cultural, de abandonar o lar, culpa ela pelo marido ter se suicidado. Ele agredia ela, era alcoolista, e ameaçava matá-la frequentemente. E aí esse grupo começou, a partir dela, são mulheres de várias faixas etárias, nem todas sofrem violência no lar. E elas participam e se reúnem, uma troca de experiências, um ambiente diferente, trocam idéias, esse grupo acontece uma vez por mês (ENF 25).

Frente a isso, evidencia-se que as pessoas, nesse caso as mulheres rurais, organizam-se em grupos para fins específicos, como forma de enfrentarem as dificuldades decorrentes do sistema sociofamiliar em que vivem. Conforme o relato, esse grupo foi estruturado pelas próprias participantes, contando com o apoio dos profissionais da saúde.

Ademais, em várias falas de profissionais identificou-se que as ações de grupo também contam com a parceria da Associação Riograndense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER/RS), especificamente, com as extencionistas. Dentre as atividades desenvolvidas por esse setor estão ações que promovem proteção à saúde das populações e à preservação do meio ambiente, como também atividades de geração de renda. Nesse contexto, a saúde alia-se ao trabalho no desenvolvimento de ações coletivas com as mulheres rurais. Uma pequena mostra de intersectorialidade, com potencial efetivo de intervenção na violência doméstica, pode ser abstraída dessa parceria.

Além das atividades de geração de renda desenvolvidas em parceria com a EMATER/RS, encontraram-se outras experiências relatadas pelos participantes, chamadas de *oficinas com as mulheres rurais para a geração de renda* que, segundo eles, potencializa seu empoderamento e autonomia.

...o grupo de mulheres é aonde a gente consegue tirar elas de casa, se distraírem. Trabalhamos com artesanato, elas chegam a dizer assim para mim: "mas como é que eu vou aprender isso? 'Nunca'. "Nunca não existe, tu pode, tu vai aprender". Daqui uns dias elas estão fazendo crochê, estão fazendo uma pintura, é uma maneira de tu mostrar que elas tem valor. É uma maneira de melhorar a autoestima e valorizar elas (ACS 38).

As ações coletivas desenvolvidas por alguns dos profissionais citados potencializam a autonomia dessas mulheres, uma vez que implicam na possibilidade delas reconstruírem os sentidos da vida e esta resignificação assume importância no seu modo de viver. Inclui-se, aqui, a luta pela satisfação de suas necessidades, de forma mais ampla possível, e relações mais simétricas entre usuários e profissionais de saúde.

Outra atividade referida foi o *teatro*, como estratégia promocional e de educação em saúde no enfrentamento da violência. Além das experiências discutidas, identificou-se em dois municípios desse estudo, a estruturação de peças teatrais como estratégia promocional de saúde no enfrentamento da violência contra as mulheres.

...agora a gente se juntou para fazer um grupo de teatro, e são as agentes de saúde do meio rural (...) a gente tem trabalhado nas escolas, também nas associações, pegando toda família (...) trabalhamos com peças de teatro, com orientação. A gente apresenta uma família que é basicamente aquilo que a gente observa no nosso trabalho, muitas das mulheres e muitos dos maridos se vêm, e isso chama a atenção deles porque não é uma coisa isolada só da casa deles que ninguém pode saber, é uma coisa que realmente existe (ACS 5).

A estratégia teatral é reconhecida como ferramenta de mobilização e empoderamento das mulheres, assim como de promoção da saúde, enfrentamento e redução da violência. Os relatos afirmam que o caráter lúdico da estratégia chama a atenção dos espectadores e que as histórias contadas fazem referência a situações e problemas semelhantes aos vivenciados pelas usuárias, ou pela comunidade. Isso estimula questionamentos sobre as situações e pode auxiliar muitas mulheres a romperem o silêncio.

DISCUSSÃO

Nas dimensões referidas, o *acolhimento* foi o primeiro elemento relacional mencionado. Com isso, entende-se que o acolhimento pressupõe atitude ética e de cuidado, interesse pelas necessidades do outro, sensibilidade, respeito ao usuário, como também avaliação de riscos e vulnerabilidades como elementos que atestam a materialidade dos eventos de violência. Logo, chama atenção nas falas, principalmente, dos profissionais médicos, já que é comum encontrar maior resistência desse grupo de profissionais em inserir na prática clínica tradicional, elementos diagnósticos outros que tratam de evidências relacionais. Isso aponta para algumas possibilidades, mesmo que pontuais, na abordagem em saúde. Pode-se compreender o acolhimento como proposta voltada para melhoria das relações dos profissionais da saúde com as usuárias vítimas de violência, concretizado no encontro entre usuária-profissional, por meio da escuta, do reconhecimento de suas demandas e busca de soluções possíveis.

Nessa perspectiva, o acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas conteúdo de toda atividade assistencial, que consiste na busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, resultando em encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial mediados, principalmente, pelo diálogo com a usuária⁽¹¹⁾. Nessa linha, argumenta-se que esses elementos do acolhimento são reconhecidos como um dos componentes das interações utilizadas pelos profissionais da saúde.

Observa-se, então, que numa das propostas do acolhimento estão envolvidas dois elementos fundamentais: uma ética e política, em que se almeja melhorar a postura dos profissionais no contato com a clientela e outra de gestão e de modelo assistencial, que visa reformular a tradição burocrática e rígida ao melhorar o acesso e o cardápio de ofertas do serviço, flexibilizar e ampliar a clínica, facilitar o cuidado interdisciplinar⁽¹²⁾. Dessa forma, o estudo apresentado aponta que o acolhimento, ainda que apareça nas falas da maioria dos profissionais da saúde, especialmente, nos depoimentos dos Agentes Comunitários de Saúde, situa-se no plano das práticas individuais de cada profissional, com dificuldades de integrar a gestão dos serviços e constituir-se em dispositivo propulsor de um novo agir em saúde.

Na mediação dos elementos que se colocam para o acolhimento, muitos dos entrevistados mencionaram que o fato de trabalharem com uma população determinada permite uma aproximação maior com as pessoas, gerando o sentido de responsabilidade diante da saúde das usuárias. Isso potencialmente possibilita acolher suas necessidades, criar vínculo com as mulheres e a construção de espaços de diálogo e confiança abre caminhos, em muitas situações, para falarem sobre esse problema.

Assim, o *vínculo* constitui-se em um dos aspectos fundamentais da atenção integral, e para criá-lo é necessário ter relações próximas e claras com o indivíduo ou coletivo, a ponto de sensibilizar-se com o seu sofrimento e tornar-se a referência para ele, num processo de troca, que possa servir para a construção de autonomia do próprio usuário⁽¹³⁾. Por isso, a constituição do vínculo requer atitude de respeito para com a mulher em situação de violência, ao demonstrar interesse por sua situação e uma escuta sem julgamento, pois a confiança está associada ao sigilo e à privacidade, que promovem o sentimento de segurança na mulher que relata suas vivências do cotidiano de violência sofrida⁽¹³⁾.

O estudo mostra que os espaços de diálogo permitem à mulher expressar suas necessidades. Assim, é esse encontro que possibilita a problematização das situações de violência vividas no cotidiano e naturalizadas na dimensão das relações assimétricas do mundo privado da família. O encontro com algum profissional da saúde pode transformar-se em fundamento para mudanças, visibilizando e empoderando a mulher para atitudes de enfrentamento consequente dessas situações.

Assim, o diálogo não é mero recurso para obtenção de informações requeridas pelo manejo instrumental do adoecimento, mas sim de produção de compartilhamentos, familiarização e apropriação do que, até então, era desconhecido no outro, fundado nas relações entre sujeitos e profissionais da saúde⁽¹⁴⁾.

As atitudes mobilizadoras de dispositivos relacionais analisados buscam potencializar a integralidade da atenção às mulheres rurais vítimas de violência e apontam para a busca de uma forma de agir numa dimensão interativa, baseada na escuta, na orientação, no acolhimento, com ênfase na comunicação entre usuária e trabalhador de saúde. No entanto, observou-se ao longo do estudo que essa forma de agir em saúde aparece vinculada às práticas de cuidado predominantemente dos Agentes Comunitários de Saúde. Os demais profissionais que integraram esse estudo permanecem reproduzindo atitudes naturalizadoras da violência.

Dessa forma, destaca-se que os Agentes Comunitários de Saúde apresentam potência concreta para participar do processo para instituição de um novo modelo de saúde com eixo central na integralidade. Nesse sentido, constituem-se em trabalhadores que constroem vínculo com as mulheres e a comunidade e são capazes de contribuir para a autonomia das usuárias. Esse potencial associa-se

ao seu saber, resultante não somente de conhecimentos científicos, mas também dos conhecimentos populares e de sua interação no contexto das comunidades rurais.

Outro elemento evidenciado no estudo foi a *construção de ações coletivas*, por meio das atividades de grupo. Ao desenvolver trabalhos com grupos, tem-se a oportunidade de estimular os integrantes a encontrarem estratégias coletivas de enfrentamento dos problemas vividos por eles próprios, reconhecendo potenciais na comunidade. Assim, esses momentos coletivos constituem possibilidades concretas (afastamento do domicílio, espaço de proteção) para tomada de consciência e reconhecimento de alianças capazes de proporcionar alternativas ao vivido até então.

Na prática, o estudo mostra que para a efetivação das ações de grupo, parte-se de uma abordagem educativa intermediada pelo diálogo, pela conversa, tendo como eixo o desenvolvimento da cidadania e da autonomia. Nessa abordagem, a comunicação como ferramenta interlocutora nas atividades de educação em saúde e como mecanismo de intercâmbio entre o saber científico e o popular, proporciona a socialização do saber científico e o reconhecimento do saber popular. Somado a isso, salienta-se que o formato de grupo estimula o senso de inclusão, valorização e identificação entre os participantes, sendo que muitos buscam amparo para seus problemas de saúde nesses espaços⁽¹⁵⁾.

Além disso, os participantes mencionaram essas ações como *potencializadoras do empoderamento* das mulheres. O fortalecimento possibilita à mulher tomar consciência de seus direitos, do seu poder e do controle possível sobre suas decisões e problemáticas de vida pessoal. O empoderamento implica, pois, no reconhecimento das restrições sociais a que estão submetidas às mulheres e da necessidade de reversão dessa situação, por meio de mudanças em contextos mais específicos ou individuais⁽¹⁶⁾.

A experiência de trabalho que avaliou o papel dos grupos como dispositivo de apoio às mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero mostrou que por meio das ações grupais é possível auxiliá-las em situação de vulnerabilidade a tornarem-se mais autônomas, resgatando experiências a partir de suas histórias de vida e da ritualização das violências vividas. Empoderar as mulheres nesses espaços coletivos consiste em uma estratégia capaz de mudar suas vidas e gerar transformações nas estruturas de vida e trabalho⁽¹⁷⁾.

Essas ações coletivas proporcionam espaços de aprendizado e também estimulam as mulheres rurais a produzirem, seja o artesanato ou outros utensílios como forma de geração de renda, rompendo com formas enrijecidas de ser e viver, de mulheres silenciadas, submetidas a um destino de gênero e com isso, potencializam-se lugares em que elas possam sentir-se acolhidas.

Nas áreas rurais, o lugar do produtivo (a lavoura, os cultivos) é domínio simbólico e real masculino, o domínio feminino institui-se no espaço privado, ou seja, o do reprodutivo

e, de certa forma, improdutivo, no que se refere ao sistema de geração de renda. A consciência de tais domínios, que se mostram diferentes na prática agrícola, onde as mulheres transitam e têm responsabilidades nas duas esferas, torna-se claro nos espaços de discussão, de troca de experiências, dando visibilidade às assimetrias e reconhecimento de direitos iguais entre os sexos no espaço público e no mundo privado da família. Pode-se afirmar que alguns dos profissionais alimentam essas ideias, levando à valorização do trabalho feminino dentro e fora da casa e fomentam rupturas com a materialidade das desigualdades de gênero.

Nessa acepção, salienta-se que o papel do profissional de saúde é *agir sobre o outro que se põe sob nosso cuidado, mas é também ajudar os outros a se ajudarem*⁽¹⁸⁾, estimulando a capacidade das mulheres enfrentarem problemas, a partir de suas condições concretas de vida, principalmente valorizando os potenciais das usuárias.

Os grupos e as oficinas que fomentam a geração de renda das mulheres rurais repercutem fortemente também na sua valorização e proporcionam a elevação da autoestima, o que para muitas mulheres rurais, segundo os participantes, encontra-se prejudicada. Por isso, desenvolvê-la possibilita enfrentar a vida com mais confiança, boa vontade e otimismo. Além disso permite expandir a capacidade de autonomia e de ser feliz.

No que tange ao estímulo à autonomia do sujeito nos espaços de grupo, busca-se estabelecer possibilidades crescentes para que os indivíduos criem normas para suas vidas, formas de lidar com as dificuldades, limites e sofrimentos; que sejam mais criativos, solidários e produtores de movimento. Ao mesmo tempo, trabalha-se para a criação de possibilidades de satisfação de suas necessidades, desejos e prazeres⁽¹⁹⁾.

Também identificou-se a *estratégia teatral* como ferramenta potencializadora da integralidade e que busca resgatar a concepção da saúde como produção social e caracteriza-se em ação de âmbito coletivo, que extrapola o campo da prevenção e insere-se no campo da promoção da saúde, em que sua abordagem pode ajudar a romper com a hegemonia do modelo biocentrado e medicalizado.

A utilização do teatro constitui-se em uma arte dramática, embasada nas representações de momentos, situações

ou problemas, envolvendo uma prática coletiva e social, despertando a criatividade e o aprendizado por meio da descontração proporcionada ao público⁽²⁰⁾. Poderíamos perguntar que potencial tem essa atividade para desvendar sentidos de vida e como prática de promoção da saúde?

Enfim, as ações coletivas descritas aparecem como potencializadoras da atenção integral ao se reconhecer, nas falas dos participantes, uma postura diferente ao valorizarem ações socioeducativas abrangentes, apontando-as como norteadoras do processo de cuidado. Sinalizam que as ações conjuntas permitem a aproximação com as comunidades rurais, possibilitando conhecê-las e ter subsídios para sustentarem práticas e construir formas compartilhadas de superação dos problemas identificados.

CONCLUSÃO

Destaca-se que os elementos potencializadores da integralidade de atenção a mulheres rurais vítimas de violência discutidos apresentam-se como ferramentas importantes no processo de construção da ação em saúde. Embora se reconheça a ação isolada, ainda dependente de indivíduos, evidencia-se, nesse estudo, que há um direcionamento nas práticas de cuidado dos profissionais para a inclusão das violências como eventos do campo de atuação da saúde, bem como das usuárias rurais como protagonistas do cuidado, estabelecendo uma relação entre trabalhador-usuária.

Diante disso, reconhece-se que para a concretização ampliada da integralidade é preciso repensar práticas e conformações dos serviços públicos de saúde. As mulheres rurais são protagonistas de situações singulares a serem reconhecidas como tal, assim como a violência é um diagnóstico singular para o campo da saúde e, muitas vezes, considerada e tratada como externa a esse campo. Por isso, desvelar a violência no interior dos serviços de saúde é fundamental para sua compreensão, o que exige transformação de saberes e práticas, reconhecimento e responsabilização de serviços como coletivos de atenção em saúde e de profissionais, para além do técnico, como cidadãos comprometidos com deveres de cidadania na luta contra as práticas inaceitáveis de violência.

REFERÊNCIAS

1. Louro GL. Gênero, sexualidade e educação: das afinidades políticas às tensões teórico-metodológicas. *Educ Rev*. 2007;46(2):201-18.
2. Leal SMC, Swarowsky GE, Lopes MJM, Bonfim EG, Cocco M. Mulheres e violência em áreas rurais do Rio Grande do Sul. In: Meneguel SN, editora. *Rotas críticas II: ferramentas para trabalhar com a violência de gênero*. Santa Cruz do Sul: UNISC; 2009. p. 64-82.
3. Lettiere M, Nakano MAS, Rodrigues DT. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais da saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(3):467-73.
4. Schraiber LB, D'oliveira APL, Portella AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da saúde coletiva: conquistas e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(4):1019-27.

5. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade da atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2001. p. 113-26.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
7. Beck FL, Almeida J, Verdum R, Zanoni M, Mielitz Neto CG, Gerhardt T, et al. Construção de problemática de pesquisa interdisciplinar na Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural da UFRGS. In: Philippi Junior A, Silva Neto AJ, organizadores. Interdisciplinariedade em ciência, tecnologia e inovação. Barueri (SP): Manole; 2011. p. 263-97.
8. Mason J. Qualitative researching. London: Sage; 1996.
9. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;4(2 Supl):15-25.
10. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a Atenção Primária em Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(4):1037-50.
11. Teixeira RR. Humanização e Atenção Primária à Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10(3):585-97.
12. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15Supl 3:3615-24.
13. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida. In: Cecilio LCO, editor. Inventando a mudança na saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 117-60.
14. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. Physis Rev Saúde Coletiva. 2007;17(1):43-62.
15. Maffaccioli R, Lopes MJM. Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades de grupo. Acta Paul Enferm. 2005;18(4):439-45.
16. Cortez MB, Souza L. Mulheres (in)subordinadas: o empoderamento feminino e suas repercussões nas ocorrências de violência conjugal. Psicol Teor Pesq. 2008;24(2):171-80.
17. Meneghel SN, Barbiani R, Steffen H, Wunder AP, Roza MD, Rotermund J, et al. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. Cad Saúde Pública. 2003;19(4):955-63.
18. Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
19. Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(3):745-9.
20. Vieira PM, Liz TG, Gesser VL, Boehs AE. O teatro como alternativa de se educar em saúde. Texto Contexto Enferm. 1999;8(1):372-83.

Agradecimentos:

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo auxílio financeiro concedido através do Edital MCT/CNPq/SPM-PR/MDA Nº57/2008.