



Trabalho, Educação e Saúde

ARTIGO

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2983>

A supervisão como aprimoramento do cuidado na Atenção Primária às mulheres em situação de violência doméstica

Supervision as an improvement in Primary Care for women in situations of domestic violence

Supervisión dirigida a mejorar la atención primaria a mujeres en situación de violencia doméstica

Nayara Portilho Lima¹ Mariana Fagundes de Almeida Rivera²
Lília Blima Schraiber³ Stephanie Pereira⁴
Janaina Marques de Aguiar⁵ Cecília Guida Vieira Graglia⁶
Beatriz Diniz Kalichman⁷ Marina Silva dos Reis⁸
Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira⁹

¹Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Paulo, Brasil. naportilho@gmail.com

²Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, São Paulo, Brasil. mariana.fagundes.rivera@gmail.com

³Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Paulo, Brasil. liliabli@usp.br

⁴Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Paulo, Brasil. stephaniepereira@usp.br

⁵Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Paulo, Brasil. jamaragui@alumni.usp.br

⁶Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Paulo, Brasil. cicagvg@gmail.com

⁷Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Paulo, Brasil. beatriz.kalichman@gmail.com

⁸Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Paulo, Brasil. marina.silvadosreis@gmail.com

⁹Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Paulo, Brasil. afolive@usp.br

Resumo

Discute-se proposta de supervisão de trabalhadoras da Atenção Primária à Saúde que realizam cuidado direto com mulheres em situação de violência doméstica, por meio de espaço de debate sobre o fazer e os afetos emergentes, considerando-se questões de gênero, direitos humanos e sociais das mulheres. Tal proposta compôs pesquisa-intervenção, oferecida após formação sobre o tema em quatro serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São Paulo, de 2020 a 2022. Empregou-se a técnica observação participante com registro em diário de campo das supervisões mensais e entrevistas semiestruturadas com trabalhadoras e gestoras. Por meio de análise de conteúdo, os dados foram apresentados nos eixos: discussão do trabalho – escuta da mulher, perspectiva de gênero e direitos humanos; a trabalhadora e seu processo; organização do trabalho e trabalho em equipe; rede intersetorial e organização da própria supervisão e necessidade de enquadre. A supervisão qualificou a identificação e o cuidado dos casos, destacando seu duplo caráter: acompanhamento do cuidado e reflexão crítica desalienadora de questões ético-políticas. Produz impacto para além do tema específico e é fundamental para segurança e sucesso prático da intervenção, tendo a gestão como essencial na sua manutenção. Defende-se a supervisão como parte de protocolos na Atenção Primária para cuidado de casos de violência.

Palavras-chave supervisão; qualificação profissional em saúde; atividades de formação; violência contra a mulher; Atenção Primária à Saúde.

Como citar: LIMA, Nayara P. *et al.* A supervisão como aprimoramento do cuidado na Atenção Primária às mulheres em situação de violência doméstica. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 23, 2025, e02983281. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2983>

Recebido: 04/07/2024
Aprovado: 25/10/2024



Abstract

This article discusses a proposal for the supervision of Primary Health Care workers who provide direct care to women in situations of domestic violence, through a space for debate on what they do and the emerging affections, considering issues of gender, women's human and social rights. This proposal was part of an intervention research, offered after training on the subject in four Primary Health Care services in the municipality of São Paulo, Brasil, from 2020 to 2022. The technique used was participant observation with field diary records of monthly supervisions and semi-structured interviews with workers and managers. Through content analysis, the data was divided into the following axes: discussion of work - listening to women, gender perspective and human rights; the worker and her process; organization of work and teamwork; intersectoral network and organization of the supervision itself and the need for a framework. The supervision qualified the identification and care of the cases, highlighting its dual character: monitoring care and critical reflection on ethical and political issues. It has an impact beyond the specific topic and is fundamental to the safety and practical success of the intervention, with management being essential in maintaining it. Supervision is advocated as part of Primary Care protocols for the care of cases of violence.

Keywords supervision; professional qualification in health; training activities; violence against women; primary health care.

Resumen

Se discute una propuesta para supervisar a los trabajadores de Atención Primaria de Salud que prestan atención directa a las mujeres en situación de violencia doméstica, a través de un espacio de debate sobre lo que hacen y los afectos que surgen, teniendo en cuenta las cuestiones de género, los derechos humanos y sociales de las mujeres. Esta propuesta formó parte de una investigación-intervención, ofrecida después de la formación sobre el tema en cuatro servicios de Atención Primaria de Salud del municipio de São Paulo, Brasil, de 2020 a 2022. Se utilizó la observación participante, con un diario de campo que registraba las supervisiones mensuales y entrevistas semiestructuradas con trabajadoras y directivos. A través del análisis de contenido, los datos se dividieron en los siguientes ejes: discusión sobre el trabajo - escucha de las mujeres, perspectiva de género y derechos humanos; la trabajadora y su proceso; organización del trabajo y trabajo en equipo; red intersectorial y organización de la propia supervisión y necesidad de un encuadre. La supervisión cualificó la identificación y atención de los casos, destacando su doble carácter: atención de seguimiento y reflexión crítica sobre cuestiones éticas y políticas. Tiene un impacto más allá del tema específico y es fundamental para la seguridad y el éxito práctico de la intervención, siendo la gestión esencial para mantenerla. Se defiende la supervisión como parte de los protocolos de Atención Primaria para la atención de casos de violencia.

Palabras clave supervisión; cualificación profesional en salud; actividades de capacitación; violencia contra la mujer; atención primaria de salud.

Introdução

A violência doméstica contra a mulher (VDCM), seus impactos na vida das mulheres e os desafios para seu enfrentamento na saúde configuraram-se importante campo de pesquisa e intervenção no Brasil desde a década de 1990 (d'Oliveira et al., 2009, 2020; Schraiber et al., 2009).

A Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), pode ser local de grande potencialidade para o cuidado com mulheres em situação de violência, que tem alta prevalência entre as usuárias dos serviços (Rosa et al., 2018). Estudos apontam para a crescente validação, pelos profissionais deste nível de atenção, da VDCM como um problema de saúde pública (Baraldi et al., 2012; Oliveira, Almeida e Morita, 2011). Contudo, a alta prevalência e o reconhecimento da VDCM como um problema de saúde pública não são suficientes para garantir que as trabalhadoras consigam lidar com o tema na clínica e ofertar às mulheres, em uma perspectiva de gênero e de garantia dos direitos humanos (Scott, 1995), intervenção assistencial definida como cuidado (Ayres, 2004),

almejando a integralidade na atenção (Almeida, Silva e Machado, 2014; Aquino, 2006; Azambuja e Nogueira, 2008; Costa, Bahia e Conte, 2007; Villela et al., 2011).

Há mais de duas décadas, o tema da violência foi incorporado nas políticas públicas nacionais de saúde, impulsionando outras nos âmbitos estaduais e municipais. Na cidade de São Paulo, local do presente estudo, desde 2001 a Secretaria Municipal de Saúde (SMS-SP) fomenta políticas direcionadas a esse trabalho (Batista, Schraiber e d'Oliveira, 2018). Em 2015, a 'Linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa em situação de violência' propôs a implementação de Núcleos de Prevenção à Violência (NPV) em todos os serviços de saúde.

"O Núcleo de Prevenção à Violência (NPV) corresponde à equipe de referência do Serviço de Saúde responsável pela organização do cuidado e articulação das ações a serem desencadeadas para a superação da violência e promoção da cultura de paz" (São Paulo, 2015, p. 20). O documento norteador estabelece que o NPV deve ser constituído por, no mínimo, quatro profissionais e que todas as categorias profissionais podem compor o núcleo, "sendo de grande contribuição a participação do médico, psicólogo, assistente social e enfermeiro" (São Paulo, 2015, p. 20). Além disso, é destacada a relevância da presença da gestão do serviço na composição do núcleo.

Apesar da existência de linha de cuidado específica, sua implementação tem sido incipiente e heterogênea nos serviços da cidade (d'Oliveira et al., 2020). Os cursos de graduação em saúde oferecem poucos e insuficientes subsídios para esse trabalho, e a formação se dá quase inteiramente na prática cotidiana nas instituições de saúde.

A falta de diretrizes operacionais somada ao baixo reconhecimento pelos profissionais de tecnologias para o cuidado dos casos resulta na invisibilidade do problema ou na reprodução do modelo biomédico – no qual se busca resolutividade rápida, incompatível com a complexidade dos casos (Schraiber e d'Oliveira, 2008). Considera-se, assim, a importância de uma proposta de apoio ao trabalho para que um tema médico-social, como a violência, seja incorporado em serviços de tradição biomédica.

Uma possibilidade é a prática de supervisão, que se justifica pela dificuldade na implantação e manutenção desse tipo de cuidado nos serviços de saúde (Almeida, Silva e Machado, 2014; Bacchus et al., 2023b), falta de formação profissional para lidar com tais situações, demanda de aperfeiçoamento técnico para o atendimento baseado em perspectiva de gênero e garantia dos direitos humanos, e ainda pela necessidade de as trabalhadoras refletirem a respeito dos seus próprios valores morais e culturais sobre gênero e família (Meneghel et al., 2000; Schraiber, 2012).

O modelo de supervisão que possibilita essa reflexão, discutido neste artigo, configurou-se como atividade componente de uma pesquisa de avaliação de uma capacitação específica como intervenção para aprimorar a resposta da APS aos casos de VDCM. Essa investigação teve como realizador um grupo de pesquisa em saúde global coordenada pelo Reino Unido e desenvolvida no Brasil, Palestina, Sri Lanka e Nepal (Bacchus et al., 2023a).

A supervisão proposta

A atividade aqui apresentada está vinculada a uma proposta de cuidado com as mulheres em situação de violência denominada conflitos familiares difíceis (Confad) (d'Oliveira et al., 2009). O acúmulo de pesquisa e experiências das autoras na oferta de educação permanente para profissionais da saúde e atendimento direto aos casos permite confirmar que apenas a capacitação no tema, mesmo que aprofundada, não se reflete necessariamente na implantação do cuidado (Zaher, Keogh e Ratnapalan, 2014). Além disso, identifica-se nas formações grande interesse das profissionais em discutir casos atendidos.

Assim, considera-se a importância das práticas de supervisão, tanto no acompanhamento dos atendimentos ofertados para as mulheres em situação de violência quanto no aprendizado por via da reflexão crítica relativa ao trabalho de cuidado em saúde. Nesse sentido, a supervisão envolve apreciar o quanto o adequado procedimento de atenção integral está sendo cumprido na prática assistencial.

Permite ainda refletir acerca do trabalho no cotidiano dos serviços relativamente aos fundamentos da atenção voltada ao enfrentamento da situação de violência, evidenciando questões de gênero, direitos humanos e sociais das mulheres. Em outros termos, destaca-se, na presente proposta de supervisão, o duplo caráter que essa prática deve ter: acompanhamento da qualidade do cuidado prestado e reflexão crítica desalienadora, e nisto pedagógica (Freire, 2010), das questões ético-políticas que transpassam a assistência em saúde.

Para lidar com a complexidade da violência, em termos da interdisciplinaridade e multideterminação que a envolvem, mobilizam-se intensas emoções em quem relata e em quem escuta (Schraiber, d'Oliveira e Couto, 2009), com importantes impactos em termos de sofrimento referido por profissionais. Sendo assim, é fundamental que esses aspectos sejam objeto de atenção nas supervisões.

O objetivo desse tipo de supervisão não é avaliar a prática das trabalhadoras do serviço e sim apoiá-las, discutindo o caso em diálogo direto e horizontal, sem dispensar a orientação diante de dúvidas. Supervisão é uma prática que permite refletir, discutir o trabalho, e não fazer críticas, nem dar respostas certas. Propõe-se, então, que a escuta na supervisão espelhe o que se espera que as trabalhadoras tenham como recurso para o trabalho, isto é, que possam escutar as mulheres sem julgamento, preconceito ou cobrança. Essa atividade é realizada por supervisoras com experiência no tema, mas de fora da equipe de saúde, o que permite distância, imprescindível para a escuta.

Para trabalhar com a equipe que lida com os casos de violência, é preciso que as supervisões aconteçam de forma democrática, em que todas as pessoas envolvidas tenham o mesmo direito à fala. Nessa perspectiva, a supervisão está atrelada à proposta de que a atuação relacionada ao tema da violência deve comprometer-se com diálogo, comunicação, educação, reflexão crítica, ofício pedagógico. A natureza da supervisão aponta, assim, para qualificações de seu processo que são opostas à situação de violência vivida pelas mulheres, permitindo que as próprias trabalhadoras experimentem a situação de sujeito, com voz e presença, em uma relação intersubjetiva, que promovem no cuidado com as usuárias em situação de violência. Como o atendimento para casos de VDCM não é intervenção do tipo biomédica, nem psicoterápica, a supervisão propicia a todas as envolvidas uma especial e específica experiência que permite compreender que uma ética perpassa a ação técnica em saúde.

Sendo assim, nesse tipo de supervisão ocorre uma espécie de metalinguagem. Trata-se da escuta das trabalhadoras para que estas possam escutar as mulheres. A lida com a violência faz emergir diferentes afetos, que podem ser elaborados em espaço de compartilhamento da experiência com colegas. Em supervisão, conversa-se sobre angústias, medos, falhas, tropeços, silêncios, ausências, faltas. Essas são questões que podem ser acolhidas em supervisão, com chances menores de acolhimento em treinamentos.

Pretende-se que a supervisão seja um espaço criativo, no qual, com base nas experiências das profissionais, se traçam entendimentos e estratégias que, emergindo de casos específicos, podem servir para entender melhor o trabalho como um todo. Um espaço constituído no serviço para falar de inventividade é importante por conta do caráter de artesanania da assistência em saúde (Campos, 2010), assim como pela necessidade de entender o cuidado com violência como algo que exige criatividade própria. No presente artigo, pretende-se oferecer subsídios para essa modalidade de experiência e trabalho.

Metodologia

O estudo multicêntrico em que a supervisão aqui referida integra teve como intervenção a ser avaliada uma capacitação e proposta de fluxo em oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) de duas regiões da cidade de São Paulo. As UBS representam os serviços do SUS que constituem as portas de entrada de atendimento e possuem como seu nível de atuação e modelo assistencial correspondente à APS. Na cidade de São Paulo, assim como em diversas outras do Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF)

configura-se como prioritária para organização da APS. Para maiores detalhes acerca da intervenção realizada no estudo multicêntrico, do qual a supervisão é parte, vide Bacchus et al. (2023b).

Para o estudo das supervisões analisaram-se os dados produzidos por uma das regiões, na qual foi possível manter a atividade com regularidade. Um destaque é que as supervisões ocorreram durante a pandemia de covid-19, sendo necessário adaptar-se às restrições exigidas. Além disso, a pesquisa ocorreu em momento de intensificação da lógica ultraneoliberal no setor Saúde, que acirrou o seu processo de desfinanciamento, no qual a APS é o alvo prioritário (Mendes, 2022). Neste bojo, o contexto sócio-político-econômico dos territórios assistidos pelas UBS participantes foi bastante crítico. As condições de vulnerabilidade econômico-social e violência, inclusive advinda do crime organizado, emergiram como situações com as quais as trabalhadoras lidavam frequentemente. A construção do espaço de reflexão do trabalho deu-se nesse contexto.

Caracterização das supervisões realizadas

As supervisões analisadas aconteceram mensalmente com equipes do NPV de quatro UBS durante 16 meses, com números diferentes de encontros em cada serviço, totalizando 47. Das supervisões participaram enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, agentes comunitárias de saúde, fonoaudiólogas, técnica de saúde bucal, farmacêutica, psicólogas, auxiliares administrativas, agente de promoção ambiental, médicas, terapeuta ocupacional, nutricionista e gestoras. A maioria das participantes era composta por mulheres, somente dois homens participaram dos encontros, sendo um gestor de unidade e um psicólogo. Quanto às gestoras, algumas participaram de encontros da supervisão, mesmo que não de todos, outras gestoras não chegaram a comparecer.

As reuniões ocorreram entre outubro de 2020 e fevereiro de 2022, de modo híbrido – por meio de plataforma on-line, supervisora e pesquisadoras encontravam-se remotamente com as trabalhadoras, que estavam reunidas presencialmente no serviço –, tendo cerca de uma hora cada, agendadas conforme disponibilidade das profissionais e acordo com a gestão do serviço.

Como as supervisões desenvolveram-se em diferentes UBS, foram diversas as possibilidades de trabalho e eram feitas diferentes dinâmicas nos encontros com as profissionais, sendo necessários ajustes no modo de relação com cada equipe.

Produção dos dados

Neste estudo, adotaram-se duas técnicas para a produção de dados: observação participante durante os encontros de supervisão; entrevistas semiestruturadas com trabalhadoras e gestoras das quatro UBS.

Empregou-se a técnica da observação participante (Fernandes e Moreira, 2013) durante os encontros de supervisão por pesquisadoras do grupo, enquanto outra pessoa, com experiência no tema e no tipo de trabalho, realizava a atividade como supervisora. As pesquisadoras registraram em diários de campo o que foi observado e refletido nesses encontros: descreveram quem estava presente e ausente, casos discutidos, modos de organização da equipe, impressões, reflexões e afetos relativos à dinâmica de trabalho.

Foram realizadas 13 entrevistas na modalidade semiestruturada. Das 13 entrevistas, dez eram trabalhadoras do cuidado direto e três gestoras das UBS, sendo 12 mulheres e um homem. Todas as entrevistadas foram perguntadas sobre aspectos relacionados à supervisão, apesar de nem todas terem participado dos encontros. Desse modo, a análise das entrevistas foi produzida a partir de visões de quem participou e de quem não participou da supervisão. Ainda destas 13 entrevistadas, sete compunham o NPV, sendo apenas um gestor e seis trabalhadoras do cuidado direto. Todas as entrevistas foram incluídas na análise.

O roteiro das entrevistas abordou a opinião das profissionais sobre aspectos da intervenção da pesquisa – incluindo os encontros de supervisão –, a condução dos casos identificados, o trabalho em

equipe e a articulação do serviço com a rede intersetorial. As entrevistas ocorreram virtualmente por meio do Google Meet, que permitiu gravá-las, entre os meses de junho e agosto de 2021, com duração média de 1h10min. Os áudios foram extraídos das gravações, transcritos na íntegra e desidentificados.

Tanto as transcrições quanto os diários de campo ficaram armazenados em local seguro apenas para fins da pesquisa.

Análise dos dados

Adotou-se a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2004) para examinar as entrevistas e os diários de campo. Após sua leitura exaustiva, elaboraram-se categorias (nós críticos para serem categorizados no programa NVivo – *software* de análise de dados qualitativos) para a codificação do material. Com os dados dos diários de campo preencheu-se uma matriz no Microsoft Word.

Para possibilitar a sistematização e comunicação das realidades diversas trabalhadas em supervisão, foi necessário triangular a análise das entrevistas e os diários de campo, com base nos quais se elaboraram os eixos de categorização do material.

Resultados e discussão

Os resultados estão organizados em cinco eixos temáticos – discussão do trabalho: escuta da mulher, perspectiva de gênero e direitos humanos; a trabalhadora e seu processo; organização do trabalho e trabalho em equipe; rede intersetorial; organização da própria supervisão e necessidade de enquadre.

Alguns pontos se destacam em cada eixo. A separação dessas questões em categorias tem o objetivo de sistematizar e expor a análise da intervenção no âmbito da pesquisa. A realidade é única, complexa e multideterminada e não pode, em essência, ser segmentada (Redon e Campos, 2021).

Discussão do trabalho: escuta da mulher, perspectiva de gênero e direitos humanos

De acordo com proposta de intervenção discutida nas supervisões, existe a necessidade de escuta sem julgamentos da mulher usuária do serviço de saúde. Isso possibilita a consideração e a promoção da autonomia da mulher e de seu saber sobre a própria vida (d'Oliveira et al., 2009). Nas supervisões, surgiram relatos que remetem a dificuldades em promover essa escuta. Emergiram, por exemplo, situações em que estavam presentes preconceitos e julgamentos morais a respeito da situação das mulheres, como: duvidar da mulher, buscar verificação dos fatos relatados, esperar que a mulher se separe do autor da violência para então intervir, naturalização da desigualdade expressa nos papéis de gênero, posição polícialasca e investigativa por parte da equipe de saúde.

Assim, uma atuação baseada em uma perspectiva conservadora de gênero, que ignora a opressão e subordinação, corre o risco de naturalizar as desigualdades de gênero e operar na busca pela veracidade dos fatos relatados, na estereotipia ou na idealização da mulher em situação de violência. Por isso, tais questões tornaram-se objeto de problematização nas supervisões, como pode ser observado no relato de uma entrevistada que comenta um episódio ocorrido durante sua participação em um encontro:

Então foi isso que eu entendi, que ela estava sofrendo violência sim, sofria violência, eu já vi ela [*sic*] apanhando, mas ela batia muito mais (...) Um homem leva um tapa na cara de uma mulher na frente de todo mundo, o que não vai passar na cabeça dele... se eu, mulher, já levei, sem ter feito nada, me senti um lixo... agora você imagina um homem, que tem esse negócio de ser o alfa, que tem essa masculinidade toda, ser contrariado no meio de todo mundo. (UBS 1 – agente comunitária de saúde – ACS)

O cuidado é possível a partir de um vínculo com a usuária do serviço, o que pressupõe garantia do sigilo e busca pela longitudinalidade da atenção (Barbosa e Bosi, 2017). Essa foi uma das questões colocadas em supervisão: havia uma preocupação tanto com a criação do vínculo quanto com o medo de quebrá-lo em razão de alguma intervenção, ou seja, com o manejo dos casos.

A respeito de manejo e medo, destaca-se outra observação relativa à dúvida recorrente das trabalhadoras que se deparavam com mulheres que não nomeiam por si mesmas a situação vivida como violência, o que foi tido como uma dificuldade para o cuidado dos casos (Schraiber et al., 2003). O medo de perder o vínculo com a usuária por serem diretas demais muitas vezes fazia com que as equipes ocultassem dessas mulheres o objetivo das intervenções, como, por exemplo, ao realizarem visitas domiciliares com motivações falsas para sondar a situação.

Essa questão relaciona-se a outro ponto observado: algumas intervenções pareciam tentar atender mais às expectativas e demandas das equipes do que das usuárias. Houve diferentes situações em que a violência sensibilizava as equipes a tal ponto que as próprias profissionais demandavam alguma resolução, o que as deixava angustiadas e aflitas, algo já bem retratado na literatura (Kiss e Schraiber, 2011). Frequentemente a frustração também aparecia por não conseguirem resolução imediata. Sendo assim, a perspectiva das necessidades e desejos das mulheres como centrais ao cuidado aparece como grande desafio.

Essa dificuldade pode estar ligada à ideia de que escuta e observação aparentemente para as trabalhadoras não se configuram como uma ação e não são reconhecidas em sua importância, já que estão colonizadas por uma prática que almeja a resolutividade imediata e a intervenção cirúrgica (Moreira et al., 2014; Schraiber e d'Oliveira, 2008). Isso acaba por conduzir a duas posturas básicas: de inação e de heroísmo. A primeira aparece quando elas compreendem a proposta de sair de um manejo tecnicista e imediatista, como colocado pela perspectiva biomédica, e acabam caindo em uma inação enunciada como 'estamos esperando o tempo da mulher'. Ou seja, para não ser tecnicista, corre-se o risco de negligenciar o problema. A segunda postura é ocupar um lugar de heroísmo, que as leva, ao se depararem com as limitações de seu agir profissional, a atuar com recursos pessoais e individuais e a buscar soluções imediatistas, agindo no lugar da usuária. Essa postura acaba tutelando a mulher atendida e reforçando uma posição de vítima. Além disso, gera sobrecarga e exposição às profissionais, como quando o telefone pessoal da profissional é colocado como meio de comunicação para a usuária.

Nas duas posturas observou-se uma sensação de impotência por parte das trabalhadoras e o espaço de supervisão parece ter sido importante para fazê-las refletir sobre isso e valorizar a escuta atenta como uma intervenção adequada. A supervisão buscou apoiar a escuta, acolhimento, possibilidade de reflexão compartilhada e uma lógica de cuidado e apoio (d'Oliveira et al., 2009). Uma das entrevistadas exemplifica esse aspecto da supervisão:

Eu acho que esse tempo de discussão é para pensar o que fazer, o que não fazer, para pensar realmente em estratégias efetivas. E, talvez, eu acho que também seja uma tendência que eu tenho, eu quero as coisas para ontem, eu quero resolver, já deixar e aí é uma coisa boa, mas é um defeito, porque eu acho que tem coisas que você precisa dar um tempo para pensar, discutir. Então ter esse momento de discussão mesmo e fazer valer mesmo o tempo que eu tenho de reunião de NPV, discutir os casos de uma forma bastante efetiva, dinâmica, pensar em estratégia, fazer plano de ação e colocar em prática. (UBS 1 – enfermeira/NPV)

A trabalhadora e seu processo

O trabalho com a violência gera ressonâncias importantes nas profissionais e equipes envolvidas (Brend, Krane e Saunders, 2020), como observado nas supervisões. Angústias, ansiedades, inseguranças, medos, impotências e frustrações apareceram com frequência entre os relatos. Os medos, em específico,

estavam relacionados à possibilidade de as profissionais sofrerem violência dos agressores das mulheres atendidas como retaliação pelas intervenções e ao crime organizado nos territórios estudados. No caso das agentes comunitárias de saúde (ACS), profissionais muito próximas dos casos por serem também residentes no território, o medo aparecia com mais frequência e também se relacionava aos vizinhos que as cobravam por soluções. Além disso, como questão já esperada entre profissionais da saúde (Dheensa et al., 2023), elas relataram muitas experiências de violência nas suas vidas pessoais – até mesmo no ambiente de trabalho ou graves violências testemunhadas no território. O medo relatado ao lidarem com casos de violência traz também elementos de classe e raça, para além de gênero. Isso pode ser pensado a partir da diversidade entre as próprias trabalhadoras, uma vez que se reuniam pessoas residentes no território, outras de fora, pessoas negras e brancas, assim como de diferentes condições sociais. Essas questões precisam ser consideradas como objeto de reflexão e intervenção (Silva et al., 2021).

Sendo assim, as supervisões foram espaço de escuta do sofrimento das trabalhadoras associado ao tipo de trabalho com a violência. Como já mencionado, a postura de heroísmo, apesar da consciência do risco, parecia mostrar uma crença de que era preciso o sacrifício pessoal nesse tipo de atendimento. Diante da frustração de ‘só ficar ouvindo a mulher falar’, surgia o risco de sofrer junto dela, como se percebe a seguir:

Eu acho que junto com os atendimentos de violência, passar por tudo isso, fazer o treinamento, saber que de certa forma é uma coisa que eu gosto e que eu sofro, eu acho que esse treinamento e o treinamento que é de violência contra a mulher é só uma coisinha pequena perto da minha profissão, que é uma coisa que eu gosto de atender, mas eu sofro. Eu gosto de ser enfermeira da família, mas eu sofro e é isso. É uma coisa muito maior, são coisinhas que vão englobando tudo. (UBS 1 – enfermeira/NPV)

Diante dessas angústias, em certos momentos, em algumas falas de parte da equipe havia certo distanciamento afetivo, o que levava a uma recusa de escutar a mulher atendida. Nas supervisões apareceram relatos desafetados e até mesmo desresponsabilizados. Certas vezes as equipes não identificavam casos por não saberem o que fazer com eles ou arquivavam-nos, pois não tinham os desfechos esperados. Em outras, a cobrança produtivista da gestão do serviço aparecia como justificativa para o não envolvimento com os casos de violência. Isso trouxe a reflexão de que a demanda por manter a produtividade se alia à demanda por se defender das angústias que surgem na atuação com a violência.

O medo de sofrer o mesmo que a mulher e sair da proposta de cuidado também levou as profissionais a não realizarem intervenções indicadas, como uma efetiva avaliação de risco, o que prejudica ainda mais o trabalho à medida que as fantasias do que pode acontecer tomam lugar.

Alguns dos casos trazidos à supervisão eram fonte de frustração e fortes sentimentos, em especial quando eram cenários nos quais a usuária não desejava intervenção e apoio ou quando o projeto de cuidado desenvolvido pelo serviço não era plenamente “aceito” pela mulher. Percebia-se essa frustração nos relatos em que as trabalhadoras pareciam não acreditar haver ações possíveis, demonstrando impotência. Nesse sentido, a supervisão possibilitou elaborar os sentimentos e expectativas das profissionais, acolher seus sofrimentos e pensar em alternativas para condução desses casos, revendo as expectativas de resolução de forma mais realista e alinhada à complexidade das situações.

Ficou evidente a relevância de prestar atenção no que as profissionais estão sentindo também como modo de lidar com o caso – isso importa para o próprio cuidado e segurança delas no trabalho. Tanto o distanciamento quanto a mistura com o sofrimento do outro são um problema. Defende-se que é possível se implicar sem se misturar, apostando na problematização das naturalizações que aparecem como mecanismos de defesa, isto é, desnaturalizando para mobilizar caminhos de mudanças. Esse âmbito da supervisão pode ser observado no relato de uma trabalhadora:

(...) eu gosto muito, para mim sempre me ajuda, sempre é muito, dá um tom, sabe? E acho que a gente precisa também desse *feedback*. Não de ser certo ou errado, mas um tom mesmo, “olha, quando você fez isso, identifiquei que você fez essa parte da capacitação e aqui ainda não deu”. Então acho que isso é muito legal, além de ser muito continente do ponto de vista emocional, sempre. A preocupação de como eu me sinto, eu acho que isso é muito bom. Sempre perguntando, “e naquele momento o que você sentiu? O que você está sentindo agora?”, sempre tem a pergunta, sempre. (UBS 2 – fonoaudióloga/Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – Nasf/NPV)

Os casos de VDCM muito mobilizam e o espaço de supervisão parece oportunizar a possibilidade de lidar com o sofrimento e discriminar as experiências e expectativas pessoais daquelas ligadas ao trabalho e às demandas e necessidades da mulher atendida. A supervisão, assim, foi associada com “o de fora” que ajuda a equipe a não se misturar tanto, a não se identificar de modo que obstaculize o trabalho e, ao mesmo tempo, a não se distanciar e banalizar o caso.

Mudanças individuais no modo de cuidar são relevantes, mas não sustentam as transformações nos serviços sozinhas, pois precisam de condições de gestão (Bacchus et al., 2023b), além de conjunturas sociais mais amplas, como o enfrentamento ao sexismo, que reproduz a desigualdade de gênero, e ao racismo, que reproduz opressões de forma contundente às mulheres negras (Pereira, Schraiber e d'Oliveira, 2024). As supervisoras e pesquisadoras não vão “resolver” problemas estruturais, tampouco se espera isso das profissionais do cuidado direto. O trabalho de supervisão aqui apresentado e analisado tem como horizonte garantir a segurança das profissionais e apoiá-las na elaboração dos conflitos e afetos que emergem ao lidar com um tema tão sensível e complexo como é a VDCM. Desse modo, tendo em vista o caráter estrutural da violência, a prática de supervisão almeja mitigar o impacto na saúde das integrantes das equipes e indiretamente no cuidado com mulheres que vivenciam essa situação. Há distintos problemas que dificultam o trabalho com a violência na APS, contudo brechas podem ser produzidas.

Organização do trabalho e trabalho em equipe

Um movimento observado nas supervisões a respeito do trabalho em equipe foi o de centralização em determinadas profissionais e o menor valor atribuído ao saber das profissionais de nível médio e técnico, sobretudo as ACS. Algumas profissionais acabavam sendo identificadas como referência para lidar com os casos de violência em função de sua categoria profissional, hierarquia entre profissionais com ou sem ensino superior ou sensibilidade individual. Essa prática podia desvalorizar outras habilidades de outras profissionais, como as ACS.

Essa centralização também se deu em torno do próprio NPV, em detrimento das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Ao mesmo tempo, as profissionais do NPV pareciam ter medo de tornarem-se únicas responsáveis pelos casos em que se envolviam – tendo receio de que, uma vez vinculadas, não poderiam desvincular-se, o que expressava uma dificuldade na compreensão do trabalho mútuo com as equipes de ESF.

Assim, a supervisão precisou discutir a ideia do trabalho interprofissional em contraponto à ideia de uma profissional ideal para lidar com a violência. Foi necessário discutir que o atendimento e apoio específico das equipes de NPV não desresponsabilizam ou excluem a continuidade do atendimento das equipes de ESF, que inclusive receberam convites para participar das supervisões.

Nesse ensejo, objetivou-se desmistificar a ideia de que esse seria um trabalho para pessoas com determinadas condição afetiva ou formação, como psicologia ou serviço social. Essa concepção, ancorada em senso comum sobre profissões e trabalhadores da saúde, apareceu durante as supervisões e pode ser constatada na fala de uma das entrevistadas:

Tem profissões que eu acho que desde a sua formação são mais atentas e sensíveis para [sic] essa necessidade. Outras profissões não, acho que a própria história da profissão, a sua resolutividade, ser altamente resolutivo e concreto das coisas e “não pode isso, não pode aquilo, não pode chorar, não pode sentir, não pode, não pode, não pode”. E acho que pelo menos a formação da equipe multi, acho que está um pouco mais aberta para isso, a gente tem espaços, a gente ouve falar de supervisão desde época de faculdade. (UBS 2 – fonoaudióloga/Nasf/ NPV)

Não se pretende desconsiderar aqui as particularidades de cada profissão nem o fato de que algumas formações realmente parecem oferecer mais ferramentas para lidar com temas sensíveis e complexos. Reflete-se, assim, sobre a formação de profissionais da saúde para atuação no cuidado primário com temas sensíveis e complexos, compreendendo que educação permanente e garantia de supervisão parecem contribuir para esse fim.

A situação de pandemia de covid-19 no período em que o projeto se desenvolveu também impôs dificuldades para a organização do trabalho com a violência (Feder et al., 2021). Por diversas vezes, os encontros de supervisão ficaram esvaziados ou por adoecimento e afastamento de profissionais ou por uma alta demanda para lidar com os sintomáticos respiratórios e vacinação, quando disponibilizada. Além disso, o distanciamento físico necessário para evitar a contaminação pelo coronavírus colocou desafios para a aproximação das e com as mulheres em situação de violência, uma vez que as visitas domiciliares estavam suspensas. Isso desdobrou-se em preocupações legítimas com o sigilo, pois muitos atendimentos e acolhimentos aconteciam via telefone; assim como com a segurança das mulheres atendidas e das profissionais, já que os autores da violência teriam maiores condições de saber sobre o serviço prestado.

Como referido anteriormente, a cobrança por produtividade atravessou o trabalho em diversos momentos. Ouviu-se em supervisão que as agendas conflitavam e que não havia tempo suficiente para a atenção às pessoas em situação de violência. O sistema de trabalho anunciado pelas profissionais (metas, produtividade, avaliação) é contraditório com o sistema de cuidado que o SUS propõe (Menezes, Moretti e Reis, 2020), e está pautado numa lógica ultraneoliberal que produz individualismo e não forma equipe. Talvez por isso tenham-se observado certas dificuldades, como uma dinâmica centralizadora e uma prática que vai na contramão da integralidade, uma vez que não há tempo para conversa, escuta e troca.

A supervisão também teve, desse modo, certa função de desvelar a alienação do trabalho, as opressões sobre as profissionais. Discutiui-se muito nos encontros as questões ligadas à organização do serviço na APS para lidar com a violência. Desse modo, a supervisão pôde ser uma oportunidade de cuidar do trabalho em meio ao cenário de produtivismo, com base na compreensão de que um espaço de reflexão sobre a atuação pode servir para ajudar a lidar com a demanda. Uma discussão de um caso, por exemplo, pode contribuir para pensar em outros. Além disso, garantir na agenda um momento de compartilhamento com colegas aparece como fundamental no cuidado de pessoas em situação de violência, pois diminui o risco de exposição de uma única pessoa da equipe, além de propiciar troca e abrandar a sobrecarga.

O entrave é justamente o funcionamento dos serviços na lógica produtivista, que tira a conversa, entendida como tempo perdido. Nesse sentido, a gestão é essencial, em virtude de seu papel na organização do trabalho para a manutenção e sustentabilidade da proposta (Bacchus et al., 2023b; Batista, Schraiber e d'Oliveira, 2018), o que é reconhecido pelas profissionais, como observado na fala de uma das entrevistadas:

Na reunião que a gente teve com a gestão, eu até sugeri, “nossa, acho que a supervisão é algo que poderia muito continuar nos serviços de saúde para os profissionais”. Não para falar só sobre a situação de violência, mas sobre situações éticas, gerais. (UBS 1 – enfermeira/NPV)

Rede intersetorial

Inicialmente nas supervisões, as equipes relataram medo de lidar com os casos de violência sem respaldo de outros serviços da rede intersetorial. Surgiram relatos de que se sentiam sozinhas na rede, vivenciavam dificuldades de fortalecimento desta e de comunicação entre diferentes serviços, como pode ser observado na fala de uma gestora:

Eu acho que o fortalecimento da rede é um desafio, e essa comunicação ainda mais efetiva entre os serviços, acho que para a gente é um desafio e que está em construção. Tanto que a equipe, durante a pesquisa, teve uma dificuldade mesmo em estabelecer essa comunicação efetiva com a rede, e eles trouxeram essa dificuldade, então acho que esse é um desafio. Eu acho que a comunicação entre todas as instâncias precisa ser cada vez mais próxima e ser única, então acho que hoje a gente trabalha com supervisão [de saúde], coordenadoria e secretaria, e essas instâncias precisam efetivamente ter um alinhamento, e estabelecer, como eu falei, essa comunicação mais próxima aqui dos serviços que estão na ponta é um desafio. (UBS 1 – gerente)

No entanto, no andamento das supervisões foi possível perceber certo desenvolvimento da relação das equipes com outros serviços da rede intersetorial. Essa rede era composta de serviços públicos, organizações não governamentais e associações de bairro e de mulheres. A maior ênfase do contato observado era com o Centro de Defesa e de Convivência da Mulher (CDCM) e com os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), sobretudo o de álcool e outras drogas. Também se observaram situações de articulações (ou tentativas) com o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (Creas), Conselho Tutelar, Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência e Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids.

Acionar a rede é também perceber as suas insuficiências, o que foi apresentado nos encontros de supervisão como uma frustração relacionada à interlocução com a rede, que não ocorria da maneira esperada. Isso se dava por conta de conflitos percebidos, ou seja, serviços da rede operando com perspectivas diferentes da que vinha sendo elaborada com as equipes participantes da pesquisa (Schraiber et al., 2012). Surgiram relatos de atendimentos realizados nas delegacias de defesa da mulher, por exemplo, em que as usuárias se sentiram julgadas e mal acolhidas. Além disso, as profissionais perceberam dificuldades para articular atenção a adolescentes em situação de violência quando não havia apoio de familiares maiores de idade, assim como ausência de respostas quando o Conselho Tutelar era acionado. A demanda por psicoterapia individual também não encontrava espaço para encaminhamento na rede. Outra situação relatada era de casos de VDCM informados à UBS por meio do serviço de pronto atendimento, mas sem que as mulheres buscassem de fato a UBS, fazendo com que as equipes desta precisassem realizar sozinhas busca ativa ou tentar conhecer o caso.

Esses entraves somavam-se a outras questões, como certa expectativa de que, ao encaminhar os casos para serviços da rede, eles deixariam de ser responsabilidade do NPV, prejudicando a longitudinalidade. Essa, no entanto, poderia ser mais bem consolidada com a atuação em rede (d'Oliveira e Schraiber, 2013).

Outro ponto importante relaciona-se à dificuldade de articular as agendas de diversas profissionais em diferentes serviços, ainda mais considerando a lógica produtivista explicitada na APS. Eram, muitas vezes, necessárias autorizações e apoio de gestores, o que nem sempre ocorria da forma e no tempo oportunos.

Uma ação relevante, como mencionado, foi a inclusão, nas supervisões, das equipes de ESF referências nos casos e até mesmo de outros serviços da rede envolvidos, não apenas de profissionais do NPV. Outras intervenções observadas foram as atividades desenvolvidas no próprio território a respeito da VDCM, alguns com apoio e participação de associações de bairro. Também ocorreram encontros em que se reuniram equipes de NPV da região, que, de acordo com os relatos, permitiram arejar e articular o trabalho.

As práticas em rede foram eficazes quando as discussões de caso em conjunto possibilitaram conhecer melhor os outros serviços e suas trabalhadoras, aprofundar o saber sobre o próprio caso e estreitar laços com as equipes, oportunizando experiências positivas.

Organização da própria supervisão e necessidade de enquadre

A análise dos dados mostrou a importância de refletir sobre a própria organização da supervisão e a necessidade de estabelecer um enquadre que dê conta de aspectos como: privacidade e sigilo para discussão de casos de violência; possibilidade de participação efetiva de todas as trabalhadoras presentes; acolhimento e reflexão sobre frustrações e angústias, além de condições básicas como tempo e reserva de agenda.

Como já se afirmou, algumas das dificuldades relacionadas a essas questões surgem em virtude da pandemia de covid-19, que forçou que os encontros ocorressem de forma híbrida – as trabalhadoras das UBSs encontravam-se presencialmente no espaço da unidade e as pesquisadoras e supervisoras conectavam-se a elas por meio de plataforma de reunião on-line. Esse enquadre híbrido trouxe: dificuldade de espaço para conexão com a internet; problemas para garantia do sigilo; dificuldade de saber quem estava na supervisão, por conta do ângulo da câmera; perda de elementos não verbais importantes na abordagem de situações sensíveis e complexas como a violência. Em relação à participação das profissionais, o modelo híbrido parece ter reforçado a centralização em uma ou poucas, enquanto outras – principalmente as trabalhadoras de níveis médio e técnico – ficavam à margem, inclusive do enquadre na tela.

Isso leva à reflexão a respeito do funcionamento de grupos, que parece ser algo importante, que deva ser considerado pela equipe que realiza as supervisões. Saber sobre grupos permite coordenar os encontros de supervisão de modo a não individualizar questões e compreender que há conteúdos que se expressam como se fossem individuais, mas que são do trabalho, do grupo, da instituição (Pichon-Riviere, 2009). Além disso, faz-se fundamental intervir com base no que emerge do grupo e não em demandas e expectativas da própria supervisora, outra vez mimetizando a proposta de atendimento às mulheres.

A supervisão também possibilita a redução das ansiedades entre as trabalhadoras ao se verificar que o cuidado com mulheres em situação de violência se dá a longo prazo, no qual a longitudinalidade é fundamental. Sendo assim, a própria proposta de supervisão deve-se dar no tempo e com tempo. São necessários apoio e garantia da gestão para condições mínimas de regularidade, reserva na agenda das profissionais, organização do espaço e equipamentos que serão utilizados, além de um lugar que promova privacidade. Foi percebido que realizar as supervisões regularmente, com reserva de horário, pode contribuir para questionar valores morais já estabelecidos, assim como lidar com os afetos que os casos de violência mobilizam nelas.

Considerou-se positivo a supervisora ser alguém de fora da equipe profissional, com experiência no tema e no tipo de serviço, uma vez que pode estranhar práticas reiteradas e falar abertamente sobre o que percebe. A supervisora também precisa ser alguém em quem podem ser depositadas dúvidas, anseios, medos e a expectativa de resolução dos problemas (mesmo que as respostas não sejam dadas dessa forma). Nesse sentido, é necessário confiança, pois uma vivência de persecutoriedade prejudica esse trabalho. Sobre esse âmbito, o relato de uma das entrevistadas parece elucidativo:

Algumas supervisões mais no começo, eu vou falar para você como eu mudei a minha postura... Tipo “nossa, é só mais uma que vai me cobrar”, porque às vezes era um comentário que eu escutava falando “mas eu já fiz e tal” e aí eu saía um pouquinho incomodada. Mas eu acho que é desse incômodo que a gente precisa porque a gente tem uma tendência a ficar na defensiva, quando você está passando os casos. Na verdade, é muito o contrário, eu acho que são processos... que eu trabalho muito

do tipo “não, mas eu acho que...”, são conversas, quando alguém me sugere alguma coisa que eu não fiz, não é para ficar justificando, “não, isso eu não fiz, eu não tinha pensado nisso, vou tentar” ou “não, isso eu fiz, você está errado”, não que você está [sic] errado, mas assim “eu não acho que é por esse caminho porque eu já tentei de outros e sou eu que estou aqui passando por isso”. Eu não sei, acho que tem que ter esse meio termo. E aí eu comecei a viver a supervisão de uma forma diferente e, depois disso, acho que foi muito mais rico. Era a mesma supervisão, era o mesmo tipo de conversa, mas eu estava aproveitando, eu aproveitei de forma diferente. (UBS 1 – enfermeira/NPV)

Esse aspecto relaciona-se com o tipo de supervisão aqui apresentado: um espaço para cuidar do trabalho, que seja criativo e gere reflexividade, que permita expandir o que aparece de específico em um caso discutido por meio de um olhar estrangeiro fronteiriço, que ajude a não se misturar aos casos e demandas e, sobretudo, que permita o diálogo aberto. Isso significa que a supervisão não tem caráter avaliativo, nem de validação. Com isso, ela pôde despertar discussão para algumas questões, como o racismo estrutural, a desigualdade de gênero e o próprio funcionamento institucional que produz efeitos sobre a organização do trabalho.

Diante disso, compreende-se que a supervisão praticada e aqui analisada ocorre nas brechas de uma atuação em saúde cada vez menos reflexiva e operada na lógica ultraneoliberal. O tipo de intervenção proposta coloca-se ainda como resistência à lógica biomédica hegemônica que fragmenta e reduz os sujeitos a corpos doentes a serem tratados. Um problema que estaria só no corpo não permite tomar as dimensões das relações humanas, da cultura e do social como objeto de atuação.

Considerações finais

Devido à hegemonia da biomedicina nas práticas de saúde, intervir sobre a violência é difícil. Apesar do reconhecimento das trabalhadoras de que a violência é uma questão de saúde pública, o cotidiano do trabalho é produzido para que as conversas, pausas e reflexões necessárias ao cuidado enfrentem muita dificuldade para acontecer. Assim, a supervisão torna-se uma intervenção que se associa à luta pelo SUS a partir dos seus princípios constitucionais, em sua radicalidade. Ao intervir em casos de VDCM é imprescindível que se atue a partir da longitudinalidade, da integralidade, da intersetorialidade, da equidade e da possibilidade de formação permanente, tanto em aspectos teórico-conceituais e técnicos quanto em aspectos que se relacionem à trabalhadora e seu processo ao produzir o cuidado ofertado. Desse modo, apesar de o objetivo aqui não ser aprofundar as discussões acerca da gestão do SUS, entende-se que esta é essencial para que o cuidado direto se efetive. As profissionais do cuidado direto podem atuar na melhoria da qualidade do serviço, mas essa qualidade do trabalho da unidade de saúde como um todo só é efetivada quando outros níveis de atuação também são plenamente desenvolvidos.

Da maneira como tem efetivamente se dado, muito pouco da organização atual do trabalho da APS valoriza o que foi proposto na supervisão. Para que este seja desenvolvido na perspectiva aqui discutida, é necessário ter tempo para pensar, refletir sem pressa, sustentar o não saber, atuar em equipe e em rede, lidar com os próprios afetos, escutar sem julgar, engajar-se sem misturar-se, respeitar o tempo e desejo da mulher atendida. Tudo isso é incompatível com pressão produtivista, atuação baseada na lógica biomédica, intervenções não compartilhadas e compartimentalizadas.

De todo modo, faz-se necessário destacar que a intervenção aconteceu, em grande parte, no auge da pandemia de covid-19 e que, apesar de todos os limites, ainda assim, a necessidade premente de apoio no cuidado dos casos de violência e seu impacto nas profissionais e equipes se impôs, e, por isso, criaram-se condições para que o trabalho acontecesse mesmo em situação extremamente adversa. Esse fato parece ser expressão da urgência das profissionais de serem genuinamente escutadas e apoiadas,

endossando o quanto é imprescindível o espaço de supervisão para que se efetive na APS a proposta de cuidado com as mulheres em situação de violência.

Considera-se a supervisão como um esforço de desalienação do trabalho, pela possibilidade de reflexão sobre o fazer, na aproximação entre as diretrizes e o trabalho real e na reflexão sobre seus limites, potencialidades e desafios. Essa ação voltada para as profissionais gera impactos para além do tema específico da violência contra a mulher e é fundamental para a segurança e eficácia da intervenção.

Assim, defende-se que a supervisão faça parte do protocolo de intervenção nos serviços de saúde para cuidado com os casos de violência contra a mulher e que sejam ainda mais analisados seus efeitos sobre esse tipo de atuação. Afirmar-se também que a gestão tem papel essencial na organização do trabalho para a manutenção e sustentabilidade dessa proposta.

Informações do artigo

Contribuição das autoras

Concepção do estudo: NPL, MFAR, LBS, SP, JMA, CGVG, BDK, MSR, AFPLD

Curadoria dos dados: NPL, MFAR, CGVG, MSR, AFPLD

Coleta de dados: NPL, CGVG, BDK, MSR

Análise dos dados: NPL, MFAR, AFPLD

Redação – manuscrito original: NPL, MFAR, LBS, SP, AFPLD

Redação – revisão e edição: NPL, MFAR, LBS, SP, JMA, CGVG, BDK, MSR, AFPLD

Financiamento

Esta pesquisa foi financiada pelo National Institute of Health Research (NIHR), processo número 17/63/125, utilizando a ajuda do Governo do Reino Unido para apoiar pesquisas em saúde global. As opiniões expressas nesta publicação são dos autores e não necessariamente as do NIHR ou do Governo do Reino Unido.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflitos de interesses.

Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, parecer 3.084.387, e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, parecer 3.150.024, respeitando o anonimato das instituições e dos entrevistados, conforme garantido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Apresentação prévia

Não se aplica.

Material e/ou dados de pesquisa em repositório

Não se aplica.

Preprint e versão final

Não se aplica.

Referências

- ALMEIDA, Luana R. de; SILVA, Ana T. M. C. da; MACHADO, Liliane dos S. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, [s. l.], v. 18, n. 48, p. 47-60, 2014. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0560>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100047&lang=pt. Acesso em: 10 jun. 2024.
- AQUINO, Estela M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, [s. l.], v. 40, p. 121-132, 2006. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000400017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/yhMyCFTPLkMM8VKrHpJjTtj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2024.
- AYRES, José R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, [s. l.], v. 13, p. 16-29, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nvGMcCJJmpSSRjsGLhH8fmh/?lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2024.
- AZAMBUJA, Mariana P. R. de; NOGUEIRA, Conceição. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. *Saúde e Sociedade*, [s. l.], v. 17, p. 101-112, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/V5RjdbVjmmTbDvbqrs7zjzf/>. Acesso em: 13 jun. 2024.
- BACCHUS, Loraine J. *et al.* Adaptation and implementation of the healthcare responding to violence and abuse intervention in Nepal, Sri Lanka, Brazil and occupied Palestinian territory: a comparative analysis and lessons learned. *Population Medicine*, [s. l.], v. 5, n. supplement., 2023a. <https://doi.org/10.18332/popmed/165154>. Disponível em: <https://www.populationmedicine.eu/Adaptation-and-implementation-of-the-healthcare-responding-to-violence-and-abuse,165154,0,2.html>. Acesso em: 28 fev. 2024.
- BACCHUS, Loraine J. *et al.* An evidence-based primary health care intervention to address domestic violence against women in Brazil: a mixed method evaluation. *BMC Primary Care*, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 198, 2023b. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02150-1>. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02150-1>. Acesso em: 28 fev. 2024.
- BARALDI, Ana C. P. *et al.* Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 307-318, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292012000300010>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000300010&lang=pt. Acesso em: 25 fev. 2024.
- BARBOSA, Maria I. S.; BOSI, Maria L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 27, p. 1.003-1.022, 2017. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/48VFbgfLbRSh9tGJ7BzDSZq/>. Acesso em: 28 fev. 2024.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BATISTA, Karina B. C.; SCHRAIBER, Lilia B.; D'OLIVEIRA, Ana F. P. L. Gestores de saúde e o enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres: as políticas públicas e sua implementação em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s. l.], v. 34, n. 8, 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00140017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2018000805011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 19 mar. 2024.
- BREND, Denise M.; KRANE, Julia; SAUNDERS, Sara. Exposure to trauma in intimate partner violence human service work: A scoping review. *Traumatology*, US, v. 26, n. 1, p. 127-136, 2020. <https://doi.org/10.1037/trm0000199>. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Ftrm0000199>. Acesso em: 19 mar. 2024.
- CAMPOS, Gastão W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 15, p. 2.337-2.344, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rX7PKYR9sM6tZmxVbSqSB3z/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2024.

COSTA, Ana M.; BAHIA, Ligia; CONTE, Danielle. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Saúde em Debate*, [s. l.], v. 31, n. 75/76/77, p. 13–24, 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345310003>. Acesso em: 13 jun. 2024.

D'OLIVEIRA, Ana F. P. L.; SCHRAIBER, Lilia B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. *Revista de Medicina* (São Paulo), [s. l.], v. 92, n. 2, p. 134–140, 2013. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v92i2p134-140>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/79953>. Acesso em: 15 fev. 2024.

D'OLIVEIRA, Ana F. P. L. *et al.* Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 1.037–1.050, 2009. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400011>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232009000400011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 maio 2024.

D'OLIVEIRA, Ana F. P. L. *et al.* Are We Asking Too Much of the Health Sector? Exploring the Readiness of Brazilian Primary Healthcare to Respond to Domestic Violence Against Women. *International Journal of Health Policy and Management*, [s. l.], v. 0, 2020. 10.34172/ijhpm.2020.237. Disponível em: https://www.ijhpm.com/article_3980.html. Acesso em: 15 fev. 2024.

DHEENSA, Sandi *et al.* Healthcare Professionals' Own Experiences of Domestic Violence and Abuse: A Meta-Analysis of Prevalence and Systematic Review of Risk Markers and Consequences. *Trauma, Violence & Abuse*, [s. l.], v. 24, n. 3, p. 1.282–1.299, 2023. <https://doi.org/10.1177/15248380211061771>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/15248380211061771>. Acesso em: 20 fev. 2024.

FEDER, Gene *et al.* Domestic violence during the pandemic. *BMJ*, [s. l.], v. 372, p. 722, 2021. 10.1136/bmj.n722. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n722>. Acesso em: 4 mar. 2024.

FERNANDES, Fernando M. B.; MOREIRA, Marcelo R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 23, p. 511–529, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000200010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/xPxyWfgpxy9Dq6kgq6knnRc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2024.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Autonomia*. [S. l.]: Paz e Terra, 2010.

KISS, Lígia B.; SCHRAIBER, Lilia B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 1.943–1.952, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300028>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232011000300028&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 3 set. 2023.

MENDES, Aquilas. Crise do capital e o Estado: o desmonte da Saúde Pública brasileira em curso no neofascismo de Bolsonaro. In: MENDES, Aquilas; CARNUT, Leonardo (org.). *Economia política da saúde: uma crítica marxista contemporânea*. São Paulo: Hucitec, 2022. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/003079338>. Acesso em: 18 jun. 2024. p. 96–153.

MENEGHEL, Stela N. *et al.* Mulheres cuidando de mulheres: um estudo sobre a Casa de Apoio Viva Maria, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 747–757, 2000. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000300023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sC5RYMryM6G8h5gjNbPcScn/>. Acesso em: 4 mar. 2024.

MENEZES, Ana P. R.; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade *versus* universalidade. *Saúde em Debate*, [s. l.], v. 43, p. 58–70, 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWpt/>. Acesso em: 4 mar. 2024.

MOREIRA, Tatiana N. F. *et al.* A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 814–827, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/88568>. Acesso em: 25 set. 2023.

PEREIRA, Stephanie; SCHRAIBER, Lilia B.; D'OLIVEIRA, Ana F. P. L. "I Am from the Ghetto, I Am Black, I Live in the Slum and They Think: Why Bother with Her?" – Racism in Seeking Help Experiences for Domestic Violence in Brazil. *Journal of Interpersonal Violence*, [s. l.], p. 08862605241256389, 2024. <https://doi.org/10.1177/08862605241256389>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/08862605241256389>. Acesso em: 14 jun. 2024.

PICHON-RIVIERE, Enrique. *O processo grupal*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.

REDON, Silvio A. CAMPOS, Eliane C. S. de. Apreensão e análise da realidade: aproximações ao método em Marx. *Argumentum*, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 146-158, 2021. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8946268>. Acesso em: 13 jun. 2024.

ROSA, Doriana O. A. et al. Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. *Saúde em Debate*, [s. l.], v. 42, p. 67-80, 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S405>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/S6ft8GskBZmQPPx3XKVNGL/?lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2024.

SÃO PAULO. Coordenação da Atenção Básica. *Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura de São Paulo, 2015. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/baixacartilhaviolencia\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/baixacartilhaviolencia(1).pdf). Acesso em: 16 jun. 2024.

SCHRAIBER, Lilia B. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 17, n. 10, p. 2.635-2.644, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4XR7WkLrqzdH7gSypV9Gymg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2024.

SCHRAIBER, Lilia B.; D'OLIVEIRA, Ana F. P. L. Romper com a violência contra a mulher : como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. *Athenea digital*, [s. l.], v. 0, n. 14, p. 229-236, 2008. Disponível em: <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/view/120295>. Acesso em: 25 maio 2024.

SCHRAIBER, Lilia B.; D'OLIVEIRA, Ana F. P. L.; COUTO, Márcia T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cadernos de Saúde Pública*, [s. l.], v. 25, n. suppl. 2, p. s205-s216, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400003>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 21 out. 2023.

SCHRAIBER, Lilia et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface (Botucatu)* [s. l.], v. 7, n. 12, p. 41-54, 2003. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832003000100004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832003000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 maio 2024.

SCHRAIBER, Lilia B. et al. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 1.019-1.027, 2009. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400009>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232009000400009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 maio 2024.

SCHRAIBER, Lilia B. et al. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. *Athenea Digital*. Revista de pensamiento e investigación social, [s. l.], p. 237-254, 2012. <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v12n3.1110>. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/view/v12-n3-schraiber-pires-hanada-et-al>. Acesso em: 4 mar. 2024.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, [s. l.], v. 20, n. 2, 1995. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721>. Acesso em: 4 mar. 2024.

SILVA, Mayalu M. et al. "No meio do fogo cruzado": reflexões sobre os impactos da violência armada na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 26, p. 2.109-2.118, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.00632021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HP7Fpy7bkkJ49vzBkrS3Yfg/?lang=pt>. Acesso em: 4 mar. 2024.

VILLELA, Wilza V. *et al.* Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saúde e Sociedade*, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 113-123, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12902011000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 3 set. 2023.

ZAHER, Eman; KEOGH, Kelly; RATNAPALAN, Savithiri. Effect of domestic violence training: systematic review of randomized controlled trials. *Canadian Family Physician*, [s. l.], v. 60, n. 7, p. 618-624, e340-347, 2014. Disponível em: <https://www.cfp.ca/content/60/7/618/tab-article-info>. Acesso em: 20 set. 2023.