UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

Fernanda Garbelini De Ferrante

Violência Contra a Mulher: A Percepção dos Médicos das Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo.

RIBEIRÃO PRETO - SP
2008

Fernanda Garbelini De Ferrante

Violência Contra a Mulher: A Percepção dos Médicos das Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador (a): Profa. Dra. Elisabeth Meloni Vieira

RIBEIRÃO PRETO - SP
2008

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

De Ferrante, Fernanda Garbelini

Violência contra a mulher: a percepção dos médicos das unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto – SP.

167p. : il. ; 30cm

Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador(a): Vieira, Elisabeth Meloni.

1. violência doméstica contra a mulher. 2. gênero. 3. médicos. 4. serviço público de saúde.

FOLHA DE APROVACÃO

Fernanda Garbelini De Ferrante
Violência Contra a Mulher: A Percepção dos Médicos das Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.
Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Aprovado em: ____/_____/_____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____Assinatura:_____

Prof. Dr._____

Instituição: _____Assinatura:_____

Este estudo foi desenvolvido com o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Reencontro

Onde estás mulher?
Desconheces os caminhos
que se descortinam?
E os novos horizontes?
E a nova estrada?
Onde estás mulher
como mulher?
Se sabias chorar;
se saibas sonhar;
se queiras uma verdade;
se saibas tantas coisas.
Onde estás mulher?
Se te escondes;
se não te procuras;
se não te achas;
se te acovardas;
se tens medo de ser feliz.
Onde estás mulher?
Menina/criança
abre os olhos para o mundo
e luta… e te encontra…
e sê MULHER.

Ceres De Ferrante
(do livro: Espaços Vazios)

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a meus pais que por meio de seus esforços ensinaram-me a lutar por minhas metas sem desistir delas. Apontaram-me o caminho a ser seguido e deram-me oportunidade para eu chegar onde estou, desenvolver-me como pessoa e enfrentar o mundo com honestidade. Obrigado.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, Hugo, amigo, guerreiro, exemplo de vida e de lutas. Que sempre está presente e orgulhoso de minhas conquistas, apoiando minhas decisões e dando muita força nos momentos difíceis.

A minha mãe Vera, por ter me ensinado a lutar por meus objetivos e buscar minha independência.

A meu irmão Felipe, parceiro, amigo eterno, em quem posso confiar e contar em todos os momentos.

A minha Avó Fanny, segunda mãe, minha guia, minha força para viver. Sempre presente em todos os momentos, sempre alto-astral, sempre me dando força e me ensinando a ser uma pessoa melhor. Além de seu apoio financeiro que me ajuda muito até hoje.

A minha Avó Lourdes, que a vida inteira lutou para criar todos os seus filhos.

A meus avôs Mbá e João (*in memoriam)* que lutaram para criarem famílias dignas e honestas. Gostaria da presença de vocês neste momento.

A meu namorado Roberto, a pessoa responsável por eu ter ido em frente e acreditado que era possível mudar o rumo de minha vida, conquistar novos espaços. Companheiro dedicado, presente em todos os momentos, bons e ruins. Que me acolheu e me suportou em horas que eu achei que meu mundo iria desabar, que me deu força para sair de casa e realizar meu mestrado, estando presente todos os dias. Obrigado meu amor, minha paixão. Admiro-lhe muito e torço muito por você. Amo você.

Ao meu padrasto Adilson, por seu apoio e contribuição.

A meu primo Guilherme, amigo para todas as horas, *tamo junto sempre*.

A todos os meus outros primos, primas, tios e tias, amo muito vocês e nossa família.

Ao todos os meus amigos e amigas, que compreenderam minha ausência e me apoiaram nesta decisão.

A minha tia avó Ceres, poetisa acadêmica, por ter me cedido um de seus maravilhosos poemas, obrigado.

A Profª. Dra. Elisabeth Meloni Vieira, que me abriu espaço e me aceitou como sua orientanda, ensinando-me a pensar sob outros ângulos e permitiu-me crescer como profissional, acolhendo-me em seu projeto.

Ao Prof. Dr. Nicholas John Ford da Universidade de Exeter – Grã-Bretanha por seus ensinamentos e servindo de modelo para meu futuro como pesquisadora.

As colegas e professores do clube do artigo pelas discussões que me permitiram acrescentar muitas coisas em minha pesquisa. Em especial a Profa. Dra. Ana Márcia Spanó

Nakano por sua supervisão no campo de pesquisa, ao Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos e Profa. Dra. Ana Maria de Almeida por seus apontamentos e sugestões.

Ao prof. Dr. Victor Bento, que despertou em mim o interesse pela pesquisa abrindo um novo mundo de possibilidades.

Aos participantes de minha pesquisa, pela doação do seu escasso tempo de médico atribulado e pela possibilidade de poder desvendar um pouquinho este maravilhoso universo de salvadores de vidas.

À comissão julgadora por sua disponibilidade e sugestões para o aperfeiçoamento de meu trabalho.

Aos colegas de mestrado, em especial a Rosane, que me socorreu em vários momentos.

As secretárias do departamento, Mônica, Carolina e Regina, muito obrigado pelo seu apoio e compreensão.

A bibliotecária do departamento, Solange, muito obrigado pelo seu tempo dedicado.

A Dona Cida, um anjo que cruzou meu caminho logo que eu cheguei a Ribeirão, e que me ajudou muito com seus conselhos e eu ombro amigo.

A Iara, Mariana e Tyeme com quem compartilhei meus dias dividindo uma casa, que agüentaram minhas manias e minhas bagunças.

RESUMO

DE FERRANTE, Fernanda Garbelini. **Violência Contra a Mulher: A Percepção dos Médicos das Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo.** 167 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

Este estudo desenvolveu-se como subprojeto de uma investigação denominada: "A interface entre a ocorrência e o atendimento de violência de gênero entre mulheres usuárias dos serviços públicos de saúde de Ribeirão Preto". A violência contra a mulher é um fenômeno complexo e muito prevalente no Brasil, atingindo todas as classes, raças, etnias e culturas. Mulheres nesta situação freqüentemente buscam os serviços de saúde para tratar sintomas associados à violência. Entretanto, os profissionais de saúde apresentam uma série de dificuldades. Desenvolvemos este estudo, entendendo que a violência de gênero é reconhecida como um problema de saúde pública por afetar a integridade física e mental da mulher, e que existe necessidade de acolher essa mulher no serviço de saúde. O estudo teve por objetivo de verificar a percepção dos médicos atuantes nas Unidades Básicas e Distritais de Saúde sobre a violência praticada contra mulheres por parceiros íntimos. Realizamos uma pesquisa de cunho qualitativo com 14 médicos ginecologistas e clínicos gerais, utilizando como instrumento entrevistas semi-estruturadas. Realizamos análise de conteúdo temática utilizando como referencial teórico as teorias de gênero. A análise dos resultados permitiu-nos definir os seguintes temas: 1. Percepções dos médicos sobre as relações de gênero; 2. Percepção dos médicos sobre a violência; 3. Papel dos médicos diante da violência doméstica contra a mulher; 4. Conhecimentos e informações sobre a violência doméstica contra a mulher; que foram divididos em várias subcategorias. De acordo com os médicos, a mulher atual conquistou sua liberdade e independência sexual, no entanto, a hegemonia masculina ainda é muito presente. Compreendem que a violência de gênero ocorre devido às desigualdades que pautam o sistema social que acabam por justificar os eventos violentos como atitudes educativas e punitivas, aceitas pela posição social ocupada pela mulher. Constatamos que alguns desses profissionais detêm conhecimentos sobre os tipos de violência de gênero, são capazes de identificar e muitas vezes acolher essas mulheres e também conhecem os procedimentos para o atendimento e o encaminhamento. Entretanto, muitas vezes não dão andamento aos casos, ignorando-os, ou porque não acreditam que este fenômeno seja de sua responsabilidade, ou ainda devido a uma série de barreiras pessoais e institucionais que impedem uma adequada atuação. Além disso, verificamos a existência de uma invisibilidade institucional que prejudica a qualidade do serviço prestado. Por fim, destacamos a importância do desenvolvimento de treinamento voltado para o

profissional da área da saúde, com o objetivo de prepará-lo para melhor assistir à mulher em situação de violência, condição muito presente em seu cotidiano.

Palavras-chave: violência doméstica contra a mulher; gênero; médicos; serviço público de saúde.

ABSCTRACT

DE FERRANTE, Fernanda Garbelini. **Violence against Women: Perception by the Physicians of the Basic Health Units of Ribeirão Preto, São Paulo.** 167 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

The present study was carried out as a subproject of an investigation named: "The interface between the occurrence of gender violence and its treatment among women users of the public health services of Ribeirão Preto". Domestic violence against women is a complex and highly prevalent phenomenon in Brazil, where it reaches all classes, races, ethnic groups, and cultures. Women who are victims of this violence frequently seek health services in order to treat the symptoms associated with it. However, health professionals have a series of difficulties in this situation. This study was conducted considering that gender violence is recognized as a public health problem affecting the physical integrity and mental health of women and there is a need to assist these women in the health service. This study has as objective to determine the perception of doctors working in the Basic and District Health Units about the violence inflicted on women by intimate partners. We carried out a qualitative investigation with 14 Gynecologists and General Clinicians using a semi-structured interview as instrument. Data were submitted to thematic content analysis and gender theories were used as the theoretical framework. Analysis of the results permitted us to define the following themes: 1. Perception of gender relations by the physicians; 2. Perception of violence by the physicians. 3. Role of the physicians regarding violence against women. 4. Knowledge and information about domestic violence against women. These themes were divided into various subcategories. According to the doctors, today women have conquered their liberty and sexual independence, but male hegemony continues to be strongly present. They understand that gender violence occurs due to the inequalities of the social system, which end up by justifying violent events as educational and punitive attitudes accepted by the social position occupied by women. We observed that some of these professionals have knowledge about the types of gender violence, are able to identify and often shelter these women, and are also aware of the procedures involved in treatment and referral. However, they often do not initiate the proper steps regarding these cases, ignoring them either because they do not believe this phenomenon to be their responsibility, or because of a series of personal and institutional barriers that prevent an adequate attitude. In addition, we observed the existence of institutional invisibility that hampers the quality of the care provided. Finally, we emphasize the importance of training programs for the health professional in order to improve the assistance to women in violent situation which is very frequently in the daily practice.

Key words: domestic violence against women; gender; doctors; public health service.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BO	Boletim de Ocorrência
CET	Centro de Estudos das Toxicomanias Dr. Claude Olievenstein
CID	Classificação Internacional de Doenças
CM	Médico Clínico
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CSE	Centro de Saúde Escola
DDM	Delegacia da Mulher
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FFCLRP	Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
GO	Ginecologista-Obstetra
HC	Hospital das Clínicas
IML	Instituto Médico Legal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPM	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPR	Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **15**

CAPÍTULO 1 - O CONCEITO DE GÊNERO **19**

CAPÍTULO 2 - A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER PRATICADA PELO PARCEIRO ÍNTIMO **29**

2.1 O que é violência 31

2.2 O que é violência contra a mulher 37

2.3 Alguns mecanismos e políticas públicas criados para coibir a violência contra mulheres no Brasil 48

CAPÍTULO 3 - OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE **57**

CAPÍTULO 4 - OBJETIVOS DA PESQUISA **65**

4.1 Objetivo geral 67

4.2 Objetivos específicos 67

CAPÍTULO 5 - MATERIAL E MÉTODOS **69**

5.1 Instrumento 73

5.3 Universo amostral 75

5.3 Operacionalização 77

5. 3.1 Pré-Teste 78

5.3.2 Coleta de Dados 80

5.3.3 Perfil dos Participantes 82

5.4 Aspectos éticos **83**

5.5 Procedimento de análise dos resultados 83

RESULTADOS E DISCUSSÃO **87**

1 - Percepções dos médicos sobre as questões de gênero. 89

1.1 A liberdade e a independência sexual da mulher na atualidade. 90

1.2 O paradoxo feminino na atualidade: sujeito social x “rainha do lar”. 95

2 - A percepção dos médicos sobre a violência. 101

2.1 Quem é essa mulher em situação de violência doméstica? 101

2.2 Relacionamentos amorosos: a violência é solução de conflitos? 108

2.3 Reconhecendo tipos e gravidades da violência 110

2.4 A violência visível: marcas de agressões. 115
2.5 A violência desvelada: o discurso das mulheres. 117
2.6 A violência ignorada 120
3 Papel dos médicos diante da violência doméstica contra a mulher. 122
3.1 Violência contra a mulher: o problema é de quem? 123
3.2 As atuações diante de um caso de violência. 126
3.3 O atendimento ideal para um caso de violência de gênero. 129
3.4 Eu até queria ajudar mas… 132
4 - Conhecimentos e informações sobre violência doméstica contra a mulher. 135
4.1 Capacitar: quem, eu? 136
4.2 E agora o que é que eu faço? 141
4.3 Lei Maria de quem? 144
CONCLUSÃO **145**
REFERÊNCIAS **151**
ANEXOS **161**

APRESENTAÇÃO

O interesse em trabalhar com a vida acadêmica surgiu muito cedo, como filha de professor universitário, sempre acompanhei as aulas de meu pai e sempre o admirei por exercer uma das profissões mais dignas que existem. Ensinar, transmitir conhecimento e permitir que outras pessoas agreguem novos conceitos, sempre despertou muito interesse em mim.

Finalizei minha graduação em Psicologia no ano de 2005, na Universidade Federal do Paraná (UFPR), onde conheci o Prof. Dr. Victor Eduardo Silva Bento, o qual me apresentou o universo da pesquisa, quando realizei minha iniciação científica e monografia de conclusão de curso sob sua orientação no Centro de Estudos das Toxicomanias Dr. Claude Olievenstein da UFPR (CET-UFPR).

Após a conclusão de meu curso, sentia que minha formação ainda não estava completa e que era necessário buscar mais conhecimentos e especializações. Foi então que meu namorado, também psicólogo e mestre, Roberto Guimarães sugeriu-me que fizesse um mestrado. Desta maneira, pude unir meu desejo de seguir a vida acadêmica que me acompanhara desde a infância, a meu interesse pela pesquisa despertado no CET.

A procura pelo Departamento de Medicina Social ocorreu porque buscava compreender o mundo e suas questões através de outro ponto de vista, ampliar minhas percepções e áreas de conhecimento. A medicina sempre foi uma área que me interessou, na realidade era minha primeira opção de profissão para seguir, mas alguns obstáculos fizeram-me optar por seguir a carreira de psicóloga, pela qual me apaixonei durante a graduação. Pesquisando as possibilidades de mestrado deparei-me com o Departamento de Medicina Social, logo de início me interessei. Ao constatar que haveria possibilidade de fazer minha formação lá, pois era multidisciplinar, um novo mundo de oportunidades surgiu em minha frente.

Ao pesquisar os professores do departamento deparei-me com a Dra. Elisabeth Meloni Vieira, que estava estudando violência contra a mulher, um tema que sempre me intrigou por ser amplo e por envolver várias áreas de conhecimento. Entrei em contato com ela, que, apesar de estar com a agenda cheia recebeu-me para conversarmos. Solicitou um projeto de pesquisa para discutirmos, desta forma minha trajetória se iniciou.

A Dra. Elisabeth contou-me que iria coordenar um projeto grande sobre violência contra a mulher, intitulado: *A interface entre a ocorrência e o atendimento de violência de*

gênero entre mulheres usuárias dos serviços de saúde da rede pública de Ribeirão Preto. Que seria desenvolvido em parceria com as faculdades de psicologia (FFCLRP-USP) e enfermagem (EERP-USP). E ofereceu-me um espaço para que eu realizasse meu mestrado como um subprojeto deste maior. Aceitei prontamente, pois a oportunidade da comunicação e interação entre as faculdades seria muito enriquecedora.

Muitas questões vinham à tona, o que pesquisar? Afinal a violência pode ser compreendida sob vários aspectos. Realizando algumas leituras e pensando no período em que realizei um estágio no Hospital das Clínicas da UFPR, levantei a possibilidade de compreender inicialmente quais seriam as representações mais freqüentes feitas por essas mulheres de seus companheiros. Ou seja, minha questão central era: como as mesmas vêem esses parceiros que as agridem, física, sexual e psicologicamente, impedindo-as de dar continuidade ou mesmo de procurar serviços para sua proteção e manutenção da vida? Será, que uma vez conhecendo as causas dessa permanência no relacionamento, os profissionais da saúde não poderiam atuar de forma mais precisa, auxiliando essas mulheres vítimas da violência?

Com o decorrer do tempo o projeto foi tomando forma mais consistente, crescendo. Minha visão sobre o tema estava se ampliando, meus conceitos iam se tornando mais completos, as idéias também amadureceram, e acabaram por modificar a idéia inicial. Após um ano de estudos meu projeto havia se transformado, meu objetivo geral passara a ser: Estudar a percepção dos médicos atuantes nas Unidades Básicas Distritais de Saúde de Ribeirão Preto-SP, sobre a questão da violência praticada contra mulheres por parceiros íntimos. Pois acreditávamos que ouvir os profissionais permitiria ampliar as possibilidades futuras para desenvolver estratégias de sensibilização e capacitação para os mesmos. Os participantes seriam médicos clínicos e ginecologistas-obstetras que trabalhassem nos serviços públicos de saúde.

Com o intuito de cumprirmos esses objetivos, realizamos uma revisão da literatura que fundamenta nosso estudo.

No primeiro capítulo discorremos sobre o *conceito de gênero*, apresentamos que ser mulher e ser homem é um processo cultural, histórico e social, permeado por instituições, simbologias, identidades, etc. Compreendemos que as relações entre os gêneros são desiguais marcadas por domínio masculino e submissão feminina, posições naturalizadas e justificadas por diferenças biológicas. Contudo, são passíveis de serem modificadas.

O segundo capítulo intitulado: *A violência contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo* foi subdividido em três partes. A primeira: *O que é violência* apresenta que este é um conceito complexo e de difícil definição, pois abrange relações pessoais, políticas, sociais e culturais, que sempre esteve presente em todas as civilizações. Verificamos que violência caracteriza-se pela anulação do outro na relação. Além de ser considerada um problema de saúde pública.

Na segunda parte deste capítulo é intitulada: *O que é violência contra a mulher* compreendemos que a violência de gênero é muito prevalente e carrega consigo a característica da invisibilidade, por ser uma prática naturalizada em nossa sociedade, justificada pela dominação masculina.

Na terceira parte apresentamos *Alguns mecanismos e Políticas Públicas criados para coibir a violência contra mulheres no Brasil* destacando importantes mudanças e reconhecimentos ocorridos ao longo dos anos que demonstram a evolução dos direitos das mulheres como cidadãs e sujeitos inseridos numa sociedade que prevê a igualdade entre os sexos.

O capítulo 3: *Os profissionais de saúde* aborda a importância dos serviços de saúde e de uma atuação adequada desses profissionais, destacando-se os médicos, para a realização de um atendimento humanizado e acolhedor, através do qual essas mulheres em situação de violência de gênero sintam-se confortáveis para discutir suas questões se sejam encaminhadas a locais adequados. Além de destacarmos a necessidade de que os profissionais de saúde estejam sensibilizados e capacitados para atuar frente a esta situação. E ainda que existem muitas barreiras pessoais e institucionais que impedem a realização de um trabalho adequado.

No capítulo 4 são apresentados os objetivos da pesquisa.

Nossos materiais e métodos foram apresentados no Capítulo 5. Optamos por realizar uma pesquisa qualitativa visto que buscávamos compreender os aspectos subjetivos e as redes de significações das ações e relações humanas, visando compreender as percepções dos médicos.

Nosso instrumento foi a entrevista semi-estruturada, seu roteiro contempla as informações tais como: sexo, idade, tempo de formação, especialização, área de atuação e atividades desenvolvidas; a percepção das relações de gênero; a percepção sobre a violência doméstica contra a mulher; a atuação profissional diante da violência doméstica; e conhecimentos jurídicos para possíveis encaminhamentos.

O universo amostral foi composto por médicos que atendessem aos seguintes critérios: 1. Trabalhassem nas UBS de Ribeirão Preto. 2. Atendessem mulheres. 3. Fossem clínicos gerais ou ginecologistas-obstetras. 4. Estivessem de acordo em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nossa entrada no campo foi precedida de um pré-teste o qual buscou identificar as dificuldades e dúvidas que pudessem interferir no andamento da pesquisa, além de proporcionar uma ambientação e aculturação ao local onde os dados seriam colhidos.

No capítulo 6 apresentamos *os resultados e discussões* sobre as percepções dos médicos sobre a violência de gênero. Essas percepções estão divididas em categorias de análise, de acordo com a análise temática de conteúdo e analisado sob o referencial da teoria de gênero e nas publicações sobre violência que precederam nosso estudo.

Capítulo 1.

O Conceito de Gênero

No que respeita aos animais, o macho é por natureza superior e dominador e a fêmea inferior e dominada. E o mesmo deve necessariamente aplicar-se ao mundo humano.

Aristóteles

Não se nasce mulher, torna-se mulher. Essa célebre frase de Simone de Beauvoir pode ser considerada como um ponto de partida para a formulação do conceito que alicerça nossa pesquisa. Ao considerar a formação do sujeito como um processo social, permeado pela cultura, permite-nos afirmar que nos constituímos e nos reconhecemos a partir de nossas relações, que aprendemos a sermos homens e mulheres, compreendemos nossas funções dentro do contexto social ao qual pertencemos. Por meio dessa frase, Simone de Beauvoir fundamenta e torna-se a precursora do conceito de gênero, contrariando o essencialismo biológico (SAFFIOTI, 2004).

Sendo assim, o "ser mulher" implica em ser dócil, cordata e apaziguadora, e o "ser homem" corresponde exatamente ao oposto, ou seja, a ser agressivo, perigoso, demonstrar força e coragem. É inegável a constatação de que somos seres diferentes, somos biologicamente diferentes, pertencemos a categorias de sexo diferentes. Geneticamente, ou somos homens, ou mulheres. O que devemos questionar é a desigualdade criada dentro de uma ordem social na qual os homens são as figuras dominantes e as mulheres subjugadas. É possível perceber que estamos abordando dois aspectos distintos: quando falamos em diferenças, estamos nos situando na ordem do natural, do biológico; em contrapartida, quando falamos em desigualdade entre homens e mulheres, caminhamos pelo social, político e cultural.

A historiadora Joan Scott (1988) apresenta o conceito de gênero como categoria teórica para a compreensão da história, do percurso e dos diferentes significados atribuídos por diversas tendências acadêmicas a esse termo e suas implicações para a compreensão de estudos sobre a mulher e, acima de tudo, transformar os estudos de gênero no campo da história.

Segundo a autora, em sua utilização mais recente, o termo gênero surge com as feministas americanas, que buscavam dar ênfase ao caráter social das distinções baseadas no sexo. Assim, pretendiam rejeitar o determinismo biológico subentendido nos termos "sexo" e "diferença sexual". Isso permitiu aos historiadores redefinir e ampliar noções tradicionais sobre o termo em estudo, incluindo experiências pessoais e subjetivas delas,

além de atividades públicas e políticas realizadas por elas, o que os fez inscrever e reescrever as mulheres no contexto histórico.

Scott (1988) aborda e questiona três posições teóricas destacadas pelas historiadoras feministas para a análise de gênero.

A primeira, apresentada pelas feministas essencialistas, busca explicações nas origens do patriarcado, questiona a desigualdade entre homens e mulheres, mas não explica o que a desigualdade de gênero tem a ver com as outras desigualdades. Essa posição teórica aponta a apropriação do aspecto reprodutivo da mulher – a análise funda-se nas diferenças físicas; exclui a construção sociocultural e a historicidade das diferenças e do gênero.

Piscitelli (2002), ao discorrer sobre os pressupostos propostos por Firestone (*apud* Piscitelli, 2002), afirma que a reprodução é a forma pela qual o controle sobre as mulheres é produzido e sustentado. Elas são os únicos seres capazes de engravidar e amamentar, o que as coloca numa posição de dependência, tanto da maternagem, por serem as responsáveis pelos bebês, quanto dos homens, por estes exercerem o papel de provedores das necessidades femininas. Sendo assim, as feministas essencialistas propõem que, para acabar com a dominação masculina exercida pelo patriarcado, seria necessário que o processo reprodutivo natural fosse substituído pelo artificial, assim as diferenças biológicas genitais não exerceriam mais influência sobre os processos culturais. Desta forma, o corpo feminino torna-se o foco central das relações de opressão e desigualdade.

Ainda segundo a autora, essa posição das feministas essencialistas com relação ao patriarcado é importante no sentido de mostrar que a opressão feminina deve ter uma origem nas sociedades arcaicas e que, na atualidade, deve haver uma adaptação da dominação exercida pelos homens às novas normas culturais e que, portanto, é passível de modificação, baseando-se na idéia de que *tendo uma origem, é possível que haja um fim*. Além disso, a partir dessa teoria é possível compreender que "a subordinação feminina não é natural e que, portanto, é possível combatê-la" (PISCITELLI, 2002, p.16).

Contudo, como nos aponta Piscitelli (2002, p.15), "com o decorrer do tempo, o patriarcado passou a ser um conceito quase vazio de conteúdo, nomeando algo vago que se tornou sinônimo de dominação masculina, um sistema opressivo tratado, às vezes, quase como uma essência". Com o desenvolvimento de pesquisas acadêmicas, o termo apresentou problemas metodológicos, pois se fundava em um sistema político místico e invisível, com o objetivo primordial de oprimir mulheres. O patriarcado caiu em desuso

por generalizar e universalizar o papel feminino, desconsiderando aspectos históricos, culturais e geográficos, além de enraizar a subordinação feminina apenas em aspectos biológicos, considerados invariáveis.

Retomando Scott (1988, p.33), a segunda posição teórica destacada "situa-se no interior de uma tradição marxista e busca um compromisso com as críticas feministas"[1]. Utiliza-se de uma abordagem mais histórica por se basearem nas teorias de Marx e Engels, sugerindo, dessa forma, uma explicação material para o gênero; afirmam haver uma relação de dupla dominação das mulheres: o patriarcado e o capitalismo, que, apesar de serem separados, interagem. Suas críticas com relação a essa perspectiva tratam o gênero como subproduto das estruturas econômicas, não tendo ele seu próprio estatuto de análise.

Piscitelli (2002), em concordância com Scott (1988), expõe que o feminismo socialista aborda a divisão de trabalho baseada no sexo gerou as desigualdades sociais na ordem privada. A estrutura de classes econômicas seria a base material pela qual a opressão feminina e de classes ocorreria. Portanto, a causa da subordinação estaria fundada na reprodução e na produção de bens e capitais. Sendo assim, a solução para as desigualdades seria a instauração de uma organização social melhor desenvolvida, por meio do socialismo. Entretanto, constatou-se que, em países que adotaram a ordem socialista, as desigualdades de gênero continuaram existindo, demonstrando que essa mudança não seria suficiente para que outras possibilidades transformassem a subordinação das mulheres.

A última perspectiva apresentada por Scott (1988) é a teoria psicanalítica, que deve ser considerada por intermédio de duas abordagens. A primeira, destacada pela Escola Anglo-americana, trabalha com teorias de relação de objeto, e a segunda, ligada à Escola Francesa, baseia-se em visões estruturalistas e pós-estruturalistas, tendo como referências as teorias freudianas e lacanianas. Ambas estão contextualizadas em teorias da linguagem e têm como preocupação central o processo pelo qual é construída a identidade do sujeito, centram-se nas primeiras etapas do desenvolvimento infantil, buscam indícios sobre a formação da identidade de gênero.

As teóricas Anglo-americanas priorizam as experiências concretas, consideram o inconsciente passível de compreensão consciente. A crítica apresentada por Scott (1988, p.38) a essas autoras refere-se ao fato de que "esta interpretação limita o conceito de

---

[1] Tradução nossa: The second locates itself within a Marxian tradition and seeks there an accommodation with feminist critiques (SCOTT, 1988, p.33).

gênero à esfera da família e à experiência doméstica e, para o historiador, ela não deixa meios para ligar esse conceito (nem o indivíduo) a outros sistemas sociais, econômicos, políticos ou de poder"[2]. Ou seja, essa abordagem não consegue explicar quando a constituição da identidade de gênero foge aos padrões da família nuclear, limitando gênero à família, desligado do sistema social.

A Escola Francesa sublinha o papel central da linguagem como sistema simbólico na comunicação, interpretação e representação de gênero. Considera o inconsciente essencial para a construção do sujeito *generificado*, tendo como ideal as relações edipianas e o *falo* como significante central. Esse ponto de vista é criticado pela falta de uma concepção da realidade social e por sua estagnação, valorizando de forma excessiva a universalidade e o individual, não situando o sujeito como suscetível às variações históricas.

Baseando-se nas perspectivas que buscam explicar o gênero, mas falham, cada uma a sua própria maneira, Scott (1988) propõe uma particular definição de gênero adotando duas posições: 1) que seria um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos; 2) uma maneira primordial de significar as relações de poder.

Essas relações sociais, segundo a historiadora, são permeadas por quatro elementos distintos, relacionados entre si, que não operam isoladamente, e sim simultaneamente: 1) os símbolos culturais, que trazem representações simbólicas, tais como Eva-Maria, luz-escuridão; 2) os conceitos normativos, que representam as interpretações dos símbolos e dos significados, dentre eles encontram-se as doutrinas religiosas, educativas, políticas, etc.; 3) as instituições sociais e políticas e as organizações, que sustentam uma representação binária do gênero; 4) a formação da identidade subjetiva, tendo em vista que o desenvolvimento da sexualidade e identidade dos sujeitos é cercado por um processo cultural.

Em sua segunda posição, destaca-se que o gênero seria um dos meios de articulação de poder, ou seja, a mulher é vista como o sexo frágil, sobre o qual é realizado um controle que a coloca *em seu lugar* e interdita sua participação na vida política, decreta ilegal o aborto, impede o trabalho assalariado das mães, impõe condutas na maneira de se vestir para as mulheres, consolidando o poder e naturalizando posições masculinas e femininas.

---

[2] Tradução nossa: "This interpretation limits the concept of gender to family and household experience and, for the historian, leaves no way to connect the concept (or the individual) to other social system of economy, politics, or power" (SCOTT, 1988, p.38).

Sobre essa questão, a autora coloca que: "desta maneira, a oposição binária e o processo social das relações de gênero torna-se parte do próprio significado de poder; pôr em questão ou alterar qualquer de seus aspectos ameaçam o sistema inteiro"[3] (SCOTT, 1988, p.49).

Gênero, portanto, mostra-se como o conceito chave para analisar a relação de subordinação das mulheres e a mudança social e política.

Louro (1997, p. 25.) acrescenta argumentos à autora ao afirmar que:

> Busca-se compreender que a justiça, a igreja, as práticas educativas ou de governo, a política, etc. são atravessadas pelos gêneros: essas instâncias, práticas ou espaços sociais são 'generificados' – produzem-se, ou 'engendram-se', a partir das relações de gênero.

E ainda nos coloca que gênero é uma construção, um processo que se modifica junto às relações sociais, dependendo do contexto histórico em que se insere.

Krieger (2001) baseia-se nos mesmos pressupostos das autoras supracitadas e esclarece que gênero se refere a uma construção social que diz respeito a convenções culturais, regras e comportamentos que permeiam as relações entre homens e mulheres, variando de acordo com a sociedade em que se inserem, normalmente baseadas em relações de poder e autoridade.

Villela & Arilha (2003) apoiando-se na segunda posição de Scott (1995) a respeito do poder, afirmam que é a partir da concepção de gênero que ocorre o controle sobre o corpo das mulheres:

> O gênero seria um modo operatório da relação de poder entre homens e mulheres. É a valorização negativa ou inferior dos atributos do feminino, ou seu inverso, a atribuição de uma suposta feminilidade aos fatos sociais ou características humanas pouco apreciadas, que media e possibilita o processo de dominação e subordinação das mulheres, processo este que é necessário para que se efetive o controle sobre seus corpos e, conseqüentemente, a apropriação da sua capacidade reprodutiva (p.113).

Nesse contexto, que coloca a mulher sob a visão de que sua sexualidade está voltada apenas à reprodução, as pessoas tomam como natural a divisão entre o masculino e

---

[3] Tradução nossa: In that way, the binary opposition and the social process of gender relationships both become part of the meaning of power itself; to question or alter any aspect threatens the entire system (SCOTT, 1988, p.49).

o feminino, o que faz com que as mulheres construam sua imagem alicerçada na visão masculina.

Aqui nos cabe o conceito de *dominação masculina* apresentado por Bourdieu (1995) a qual está presente de tal forma que não necessita ser justificada, pois "ela pode se contentar em ser e em se dizer nas práticas e discursos que enunciam o ser como se fosse uma evidência, concorrendo assim para fazê-lo ser de acordo com o dizer" (p.137). Esta visão dominante da divisão sexual mostra-se presente tanto nas esferas sociais e culturais como na estruturação dos espaços públicos e privados. Tornou-se natural, normal e inevitável, encontra-se, assim, em estado objetivado e incorporado, apresentando-se como um princípio universal de visão e divisão, ou seja, um *habitus*.

Para o autor, *habitus* refere-se ao senso que norteia a situação, a ação, as preferências e a visão de mundo dos indivíduos, é um modo de fixação e evocação do passado que impede que seja pensado. Seu funcionamento ocorre através de transferências de esquemas geradores, os quais, segundo Bourdieu (1995, p.143-144):

> […] não são nem uma soma de reflexos locais mecanicamente agregados nem o produto coerente de um cálculo racional. […] permitem construir a situação como uma totalidade dotada de sentido, numa operação prática de antecipação quase corporal, e produzir uma resposta adaptada que, […] apresenta-se como uma totalidade integrada e imediatamente inteligível.

Desta forma, segundo Bourdieu (1995), as mulheres definem suas condutas e percebem-se a partir da visão masculina, "dando assim a aparência de um fundamento natural a uma identidade que lhes foi socialmente imposta" (p.141).

As relações entre dominados e dominantes caracterizam-se por relações de poder, as quais obtêm da parte dominada total adesão, não por uma decisão deliberada, mas por uma submissão impensada construída pelo ponto de vista dos dominantes, desta maneira, fazendo com que pareçam naturais. Essas relações são moldadas a partir de dicotomias, de pares opostos, que agem como categorias de percepções. Dessa forma, quando a parte dominada questiona alguma dessas categorias, "ele aplica a si mesmo, sem o saber, o ponto de vista dominante, adotando, de algum modo, para se avaliar, a lógica do preconceito desfavorável" (BOURDIEU, 1995, p.143).

E dessa maneira também se aplicam as desigualdades nos corpos sexuados, que são construídos pelo mundo social, justificadas por diferenças biológicas. Nas palavras de Bourdieu (1995, p.145):

> Ao se aplicar todas as coisas do mundo, a começar pela natureza biológica do corpo […] este programa social naturalizado constrói – ou institui – a diferença entre os sexos biológicos de acordo com os princípios de uma visão mítica do mundo, princípios que são eles próprios o produto da relação arbitrária de dominação dos homens sobre as mulheres, a qual está inscrita na realidade do mundo, enquanto estrutura fundamental da ordem social.

Assim, as desigualdades gênero se consolidam através dos corpos das mulheres e sobre a naturalização do papel feminino por sua função reprodutora. Cardoso (1994, p.13) nos esclarece esse apontamento ao abordar a condição da mulher, afirmando que:

> Ela é delineada a partir de uma realidade concreta que é seu próprio corpo. É o próprio corpo da mulher a sede da contradição básica e sua condição. A natureza colocou nesse corpo a função biológica de reprodução, que se refere à ação própria do corpo da mulher, enquanto organismo com capacidade reprodutiva do ser humano. Tal fato colocaria a mulher numa situação de grande poder, mas uma vez que a referida função está atribuindo à mulher a posição de subordinada. Assim, o corpo da mulher assume, também, uma função social, que é o uso da função biológica como objeto de manutenção da espécie humana.

Gênero corresponde, portanto, a uma categoria histórica, passível de ser modificada, pois foi constituído por relações sociais, culturais e políticas, permeadas por instituições, símbolos culturais, identidades subjetivas e conceitos normativos, formado por uma rede de relações, que por sua vez são geradas pelas relações de gênero, que diz respeito à constituição dos sujeitos como homens e mulheres, cada um com suas funções pré-estabelecidas. O conceito desenvolvido coloca a mulher num patamar secundário, inferior e desigual ao homem, surgindo, assim, relações entre opressores e oprimidos, o que deve ser analisado e compreendido com objetivo de tornar essas relações não mais entre desiguais, mas apenas entre diferentes.

Por fim, destacamos que esse referencial mostra-se rico para iluminar nosso estudo, visto que, Ângulo-Tuesta (1997) nos aponta para o fato de que a sociedade define os papéis feminino e masculino sob um prisma dualista, baseado em diferenças biológicas. O mundo é dividido por oposições binárias e excludentes. Homens apresentam-se com características relacionadas à produção, à razão, à cultura e à mente, enquanto mulheres são definidas como ligadas à reprodução, à emoção, ao corpo e à natureza. Essas diferenças são transpostas para o gênero, e a mulher passa a ser vista como um sujeito passivo e o homem

ativo. Tal construção social é responsável por regular a afetividade, a sexualidade e as relações entre homens e mulheres em todos os âmbitos, nos espaços públicos, sociais, e no privado, na família.

Dito isso, voltaremos nossa atenção para a questão da violência doméstica praticada contra a mulher, que está permeada pela questão do gênero.

Capítulo 2

A Violência Contra a Mulher Praticada pelo Parceiro Íntimo

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade…
Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal…
Ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes…
Todos são iguais perante a lei e, sem distinção, têm direito a igual protecção da lei…
A família é o elemento natural e fundamental da sociedade e tem direito à protecção desta e do Estado.

Declaraçao dos Direitos Humanos

2.1 O que é violência

Antes de explorarmos a violência contra a mulher, faz-se necessário compreender o que é violência. Segundo Odalia (1986, p.13) "o viver em sociedade foi sempre um viver violento. Por mais que recuemos no tempo, a violência está sempre presente, ela sempre aparece em suas várias faces".

Medeiros (2005) aborda que a violência está presente em todas as sociedades, desde o início da humanidade, não que seja natural do ser humano ser violento, mas se apresenta como um fenômeno biopsicossocial, complexo e dinâmico.

Segundo nos apontam Noronha & Daltro (1991, p.216): "Definir violência é uma tarefa complexa, basicamente porque a idéia é associada ao imprevisível, à ausência de norma, a um acontecimento sem regularidade ou estabilidade, onde tudo pode acontecer a qualquer momento".

Minayo & Souza (1999) também relatam esta dificuldade ao destacarem a violência como um fenômeno de difícil definição por abranger relações pessoais, políticas, sociais e culturais de caráter permanente em todas as sociedades e ambíguo. Esta ambigüidade deve-se ao fato de que, por vezes a violência apresenta-se como um fenômeno ora positivo, ora negativo, o que caracteriza sua complexidade.

Baseando-se em alguns autores, como Arendt, Engels e Marx, Mao Tse-Tung, entre outros, Minayo & Souza (1999) apresentam que as características positivas da violência devem-se ao fato dela poder ser vista como um acelerador econômico, como garantia de poder político e como fator secundário de mudança para o Estado Moderno, pois seria utilizada com a coerção a favor das classes dominantes.

Para que seja possível estudar a violência é necessário compreender o contexto social em que se produz, considerando os fatores políticos, econômicos e culturais que

podem ser observados nas relações cotidianas entre as pessoas e, devido ao fato da violência apresentar esta particular característica, é possível que haja uma desconstrução e superação dessas relações. Além disso, Minayo & Souza (1999) afirmam que, por ser um comportamento aprendido, dá a impressão de ser inerente ao ser humano. Sendo assim, as autoras destacam que, para ser compreendida, "a violência necessita ser interpretada em suas várias faces, de forma interligada, em rede, e por meio dos eventos em que se expressa, repercute e reproduz" (p.11).

Para conceituarmos violência utilizaremos as noções de Arendt (2001), que a compreende a partir de seu caráter instrumental isenta da autoridade e do poder. Uma ferramenta usada para tentar garantir a superioridade frente ao mais fraco, havendo com isso uma ausência de vigor e energia. Sendo assim, encontra-se ao lado da fraqueza e da fragilidade.

O poder está relacionado com a esfera pública, existe na coletividade, nas palavras da autora: "o único fator material indispensável para a geração do poder é a convivência entre os homens" (ARENDT, 2001, p.213), pois é expresso pela palavra, pela convergência de decisões tomadas para a coletividade, com intenção de garantir os direitos sem coação, tendo como objetivo o estabelecimento de um entendimento mútuo que acate ao interesse de todos. Para a autora só há efetivação do poder se a palavra e o ato estiverem agindo em consonância, ou seja, quando as palavras são usadas como forma de expor as realidades que não satisfazem e a ação empregada para criar novas realidades.

Segundo Arendt (2001), o poder corresponde ao agir em conjunto enquanto a força guarda sua característica assimétrica que acaba por conduzir à violência. Como nos define ao afirmar:

> O poder é sempre, como diríamos hoje, um potencial de poder, não uma entidade imutável, mensurável e confiável como a força. Enquanto a força é a qualidade natural de um indivíduo isolado, o poder passa a existir entre os homens quando eles agem juntos, e desaparece no instante em que eles se dispersam (p.212.).

Para que haja poder é indispensável que haja convivência entre os homens. "Estes só retêm poder quando vivem tão próximos uns aos outros que as potencialidades da ação estão sempre presentes" (p.213). O poder e a ação, ao contrário da força, são ilimitados nessas condições, pois, "o poder humano corresponde antes de mais nada, à condição

humana da pluralidade[4]", enquanto a força encontra sua limitação na natureza humana, no corpo do homem. Sendo assim, as relações baseadas na força e violência, são relações geradas onde o poder tornou-se impotente.

A autora fundamenta o conceito de poder baseando-se na tradição greco-romana, pautado no consentimento e não na violência, ou seja, ele não se estabelece em relações de mando-obediência nem se identifica com domínio sobre o outro. Por meio dele é possível manter as sociedades e as instituições, é possível que haja ação e discurso.

Porém é necessário pontuar ainda que relações de força são distintas das relações violentas, pois, enquanto as primeiras visam aniquilar o outro da relação, eliminando-o fisicamente, se for necessário. "As relações violentas, ao contrário, visam manter a relação ativa e, para isso, devem manter as partes presentes uma para a outra, ainda que uma delas esteja anulada em sua diferença e submetida à vontade e à ação da outra" (PEREIRA, 2000, p.25).

Essa compreensão de poder de Arendt deve ser tomada como relacional e positiva, e abre espaço para uma possibilidade de interação, mudança e crítica. Difere-se da definição Weberiana que apresenta o poder como uma maneira de impor a vontade numa relação social, mesmo se houver resistência, a partir de sua denotação negativa. Desta forma, "a violência seria uma manifestação do poder, uma forma mais ostensiva e evidente do exercício de dominação para a aquisição de um determinado fim" (D'OLIVEIRA, 2000, p.79). Esta por sua vez, é mais comumente difundida no meio acadêmico e largamente utilizada por diversos autores, inclusive por nós citados neste estudo.

D`Oliveira (2000) nos pontua que para a definição de Hanna Arendt ser produtiva para nossa compreensão, devemos recorrer a Habermas (1980, *apud* D`OLIVEIRA, 2000). Para o autor, tal como para Arentd, há legitimação de poder a partir do momento em que ocorre a comunicação livre e a ação conjunta entre as pessoas. Entretanto, Habermas (1980, *apud* D`OLIVEIRA, 2000) critica a autora ao considerar que sua definição de poder não se adéqua totalmente ao espaço público moderno, onde "sujeitos e grupos privados

---

[4] Segundo a autora, a pluralidade é a condição básica do ser humano, pois, é através dela que a ação e o discurso são possíveis – aspectos estes que permitem aos homens distinguir-se uns dos outros, a ação e o discurso são o meio pelo qual nós nos manifestamos como seres humanos. A pluralidade tem um duplo aspecto de igualdade e diferença, pois, "se não fossem iguais, os homens seriam incapazes de compreender-se entre si e aos seus ancestrais, ou de fazer planos para o futuro e prever as necessidades das gerações vindoura. Se não fossem diferentes, se cada ser humano não diferisse de todos os que existiram, existem ou virão a existir, os homens não precisariam do discurso ou da ação para se fazerem entender" (ARENDT, 2001, p.188).

buscam garantir interesses particulares e, muitas vezes, contraditórios" (D`OLIVEIRA, 2000, p.81), diferente da pólis grega. Ou seja, a sociedade atual não é igualitária, existem diversos grupos em desvantagem que são capazes de desenvolver ações estratégicas para conquistar poder.

Frente a isso, Habermas coloca que a comunicação apresenta-se em diferentes graus de liberdade interativa, sua máxima expressão ocorre quando os sujeitos envolvidos concordam e compartilham suas expectativas, seus sentidos, seus valores e sua autenticidade, denominando-a como interação comunicacional ou comunicação livre. Seu oposto seria a violência, ou seja, não há compartilhamento de valores ou sentidos, desta forma, a linguagem se rompe, "porque o objetivo é forçar ou anular o outro, que não é reconhecido como sujeito, mas totalmente objetificado e sem alternativas de ação" (D'OLIVEIRA, 2000, p.83). Entre a sua máxima expressão e a não expressão, há as relações cotidianas que em ideologias e estratégias podem levar a uma total obstrução da comunicação que gera a violência, ou a uma maior liberdade, que por sua vez, gera o poder, no sentido arendtidiano do termo.

Aqui nos cabe a conceituação de violência segundo Chauí (1985), baseada nas idéias arendtianas, que não toma violência como violação ou transgressão de normas, regras e leis. Conforme a autora, devemos considerar a violência sobre dois aspectos:

> Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica, de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, como a ação que trata o ser humano não como sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem estão impedidas ou anuladas, há violência (p.35).

A violência ocorre quando inexiste qualquer forma de comunicação, ou outro é anulado, coisificado, não há interação. Desta forma, a partir do momento em que haja qualquer forma de interação ou comunicação, por meio do estabelecimento de códigos comuns, podemos considerar que há o exercício de poder. E aqui encontram-se as relações de gênero, caracterizadas por relações de poder que podem oprimir, mas ao mesmo tempo produzir interações em que surgem discursos ideológicos e hegemônicos de dominação aceitos, compartilhados e introjetados nos sujeitos presentes na relação. Frente a isso, segundo D`Oliveira (2000, p.85):

> A autoridade médica e a autoridade masculina se constroem e são aceitas de forma mais ou menos crítica, de acordo com o momento e a autonomia ou heteronomia dos sujeitos presentes, gerando violência num extremo ou abrindo canais de comunicação, estabelecendo relações de poder e comunicação por vezes mais 'livres', por vezes dominadas ideologicamente pela competência social do discurso hegemônico presente na relação.

Compreendida nossa visão sobre violência, que anula o outro sujeito da relação, constata-se que, nos últimos anos, houve uma mudança na conscientização sobre os direitos humanos, o que levou as pessoas a questionar essa problemática e a buscar formas de desenvolver estratégias de avaliação e intervenção.

D'Oliveira (1996) destaca que a violência passa a ser reconhecida como problema a partir do século XIX, o que dá visibilidade a questão; não que ela tenha se tornado necessariamente mais intensa, mas por haver o surgimento de um discurso ético-moral, gerando movimentos para tentar conceituá-la e compreendê-la, baseando-se na idéia moderna de igualdade social.

Segundo nos apontam Minayo & Souza (1999), nas décadas de 1960 e 1970 a saúde passou a ser entendida como uma problemática mais complexa que envolvia questões sociais e condicionamentos culturais, provocando uma série de questionamentos para incluir a violência no âmbito da saúde. Relacionando também com questões históricas que ligavam o fenômeno da violência ao terreno da criminalidade e da segurança pública e o modelo médico que incorporava o social apenas como uma variável ambiental. O setor saúde era um mero espectador e reparador de danos do fenômeno da violência, considerava-se externo a ele.

De acordo com Minayo (2004) a violência é uma questão social pluridimensional, e por isso, não é um objeto próprio da saúde, segundo a autora:

> Ela se torna um tema desse campo em dois sentidos: (1) pelo impacto que provoca na qualidade de vida das pessoas; pelas lesões físicas, psíquicas, espirituais e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médicos e hospitalares; (2) porque atinge os temas tratados no conceito ampliado de saúde (MINAYO, 2004, p.61).

Sendo assim, o tema da violência no âmbito da saúde não se incorporou naturalmente, mas impôs-se por algumas razões.

A primeira delas diz respeito à incorporação da violência como um problema de saúde por fazer parte dos conceitos biomédicos, o que pode parecer contraditório, já que sua inserção se daria em conformidade com a racionalidade médica positivista, uma vez que faz parte, há alguns anos, da Classificação Internacional de Doenças (CID) da OMS, denominada de *causas externas*. Passível de notificação, essa classificação permite os mais variados estudos nessas áreas de saber. Essa contradição é abordada por Minayo (1994) ao afirmar que a saúde, tradicionalmente, pauta seus esforços no atendimento dos efeitos da violência, como traumas e lesões, todavia, a violência contra as crianças, os adolescentes, as mulheres e os idosos ampliam essa abordagem, incluindo aspectos sociais e psicológicos, focando, além da cura dos sintomas físicos, a prevenção contra ela. "Mas existe, hoje, uma consciência e um impulso da Saúde Pública para, além de adequar-se no que se refere a equipamentos e recursos humanos, à demanda crescente dos serviços de atenção, voltar sua atenção para o campo da prevenção" (MINAYO, 1994, p.13).

Outro ponto determinante para inclusão da violência como problema de saúde foram os movimentos feministas e as ONGs, que tinham o intuito de mostrar à sociedade como um todo as violências de gênero. A Convenção sobre a Eliminação e todas as formas de Discriminação Contra a Mulher em 1979 (COOK, 1993), foi um marco na história das conquistas dos direitos femininos, pois foi a primeira a reconhecer o status inferior ocupado pela mulher, que afeta sua integridade física e emocional, define como direito da mulher acesso à saúde, a escolhas reprodutivas, a liberdade e igualdade, entre outros que serão expostos adiante no texto.

Segundo Minayo & Souza (1999), a violência passa a ser tema de saúde pública a partir do final da década de 1980, pautada nas altas prevalências de mortes e traumas ocorridas em virtude da violência, com freqüência cada vez maior nas Américas, o que passou a demandar resposta do sistema.

No Brasil, especificamente, a violência como problema de saúde deu-se de forma fragmentada e progressiva. Inicialmente, os epidemiologistas-psiquiatras tomaram ciência dessa problemática estudando-a a partir de meados da década de 1970, com maior contribuição nos anos de 1980, década em que foram formulados 83% de toda a produção científica até aquele período. Na mesma época, alguns pediatras voltaram sua atenção para atividades de assistência e prevenção nas instituições em que trabalhavam e, posteriormente, organizaram ONGs com o intuito de dar mais visibilidade ao trabalho realizado. Em meados da década de 1990, alguns municípios, estimulados por

pesquisadores da saúde, passaram a realizar articulações com os setores públicos e da sociedade civil, buscando promover prevenção e assistência a essa problemática (MINAYO; SOUZA, 1999).

Sendo assim, segundo a ONU (1993) devido ao número de vítimas e a magnitude de suas seqüelas tanto físicas, quanto mentais, a violência apresenta-se como endêmica, convertida como um problema de saúde pública em muitos países, pois através deste setor é possível dar vazão as demandas. E ainda, de acordo com Minayo (2004, p.62):

> A violência, antes de ser um problema intelectual, é uma questão da práxis sociopolítica que afeta materialmente os serviços de saúde, seus custos, sua organização e envolve também os profissionais como vítimas (muitas vezes, alvos da delinqüência que penetra os espaços dos serviços). Mas, igualmente, os profissionais são atores que reproduzem, contribuem para superar ou exacerbam expressões de abusos, maus tratos e outras formas de violência.

2.2 O que é violência contra a mulher

Compreendido o que é violência e quais os nossos referenciais teóricos para seu estudo, passaremos abordar a violência praticada contra a mulher pelo parceiro íntimo buscando entender os meandros específicos dessa problemática de alta prevalência em nossa sociedade.

Porém, antes de aprofundarmos nossos conhecimentos, devemos voltar nossa atenção à questão da terminologia desse evento. Ângulo-Tuesta (1997) nos aponta a dificuldade de definição do termo mais adequado para essa problemática, destacando *violência contra a mulher*, *violência intra-familiar*, *violência conjugal*, *violência doméstica contra a mulher* e *violência de gênero*. Essa grande variedade resulta na inexistência de uma denominação única e deve-se à complexidade do fenômeno estudado, à sua amplitude e à sua operacionalização, ou seja, dependendo da área do conhecimento em que se coloca o problema, define-se sua conceitualização, discussão e definição. Isto é, caso estejamos estudando o fenômeno sob a ótica do direito, por exemplo, utilizaremos uma específica definição dos conceitos e elementos pertinentes a essa esfera. Caso seja estudado pela psicologia, outra ótica será utilizada e, assim, sucessivamente, com a antropologia, a sociologia, a saúde pública, etc.

Ângulo-Tuesta (1997) destaca alguns elementos para definir a violência contra a mulher, como: a natureza ou tipo do ato (física, verbal, sexual, etc.); o caráter de definição

do ato, ou seja, se a violência mostra-se ou não como forma de exercer o poder, força ou coerção; o âmbito de ocorrência, se as partes partilham o mesmo domicílio; o tipo de relação entre os envolvidos; o contexto sociocultural em que ocorre a violência, isto é, o quanto determinada sociedade tolera e legitima determinados atos que para outras podem ser considerados violentos. A autora ainda expõe variadas definições, que são apresentadas ao longo da história dos estudos sobre violência, destacando uma gama de possibilidades para enquadrar o evento estudado, com base nos efeitos da violência, nos valores culturais ou nos tipos de agressão.

Dantas-Berger & Giffin (2005) confirmam a autora ao afirmarem que essa delimitação conceitual é apoiada em um tipo de *ambigüidade terminológica*, devido ao não-consenso para nomear a violência praticada contra a mulher. As autoras consideram sinônimos a *violência baseada em gênero*, *violência de gênero* e *violência contra mulheres*, por serem mais abrangentes, incluindo nesse contexto todas as violências praticadas por homens contra as mulheres, pautadas em uma relação de poder. Entretanto, apontam que, por ocorrerem mais comumente no âmbito familiar ou entre parceiros íntimos, chamar de *violência doméstica* ou *intra-familiar* são outras possibilidades, apesar de não caracterizarem apenas eventos praticados contra mulheres.

Baseando-nos em D`Oliveira (2000) compreendemos *violência contra a mulher* como um conceito amplo que aponta para situações diversas, incluindo violência física, sexual e psicológica cometida por parceiros íntimos, o estupro, o assédio sexual no trabalho, o tráfico de mulheres, o turismo sexual, a violência étnica e racial, a mutilação genital, e todas as outras formas de violência cometidas contra a mulher em diversos contextos.

Ainda segundo a autora, a *violência intra-familiar* diz respeito à violência ocorrida no interior das relações íntimas, considerando "agressões físicas, emocionais ou sexuais dirigidas a crianças, idosos, ou entre o casal, independente do sexo da vítima ou do agressor" (D'OLIVIERA, 200, p.27). Esta perspectiva não leva em conta as relações e diferenças de gênero, mas diversas causalidades sociais, culturais e pessoais. Ao desconsiderar as diferenças de gênero, essa definição recusa a perspectiva feminista, sobre a qual nos apoiamos. Esta visão enfatiza a importância da diferença das relações de poder entre homens e mulheres, considera que a maior parte desses eventos sejam cometidos por homens dirigidos a mulheres e outros membros da família. Desta forma, devemos entender essas relações como desiguais.

A *violência doméstica* é definida por Schraiber *et al.* (2002) como atos cometidos por familiares, companheiros ou ex-companheiros que vivam ou não no mesmo ambiente, podendo ser cometida dentro deste ou não. Ela ocorre, predominantemente, no interior do domicílio, mas é comum que o agressor persiga sua vítima em seu local de trabalho ou em outro lugar, não descaracterizando, com isso, a violência doméstica. De acordo com D`Oliveira (2000) esta definição submete-se ao referencial de gênero "ressalvando deste a perspectiva sempre relacional em que, reativa ou não, toda a situação de relação na qual as mulheres participam são, elas também, construtoras das interações ali produzidas. Partícipes, muitas vezes, como sujeitos de menor poder e menor valor social, mas sempre, de algum modo, sujeitos de relações estabelecidas" (p.30).

A *violência conjugal* ou *violência nas relações amorosas* ou ainda *violência entre parceiros íntimos* é um termo mais restrito, refere-se especificamente a situações em que os dois membros do casal estão envolvidos. Considera-se que ambos podem cometê-la, porém é mais comum que parta do homem contra a mulher. E baseia-se nas diferenças de gênero (D'OLIVEIRA, 2000).

Ainda segundo D'Oliveira (2000), a *violência de gênero* é um termo que amplia a *violência contra a mulher*, ao considerar a relação para compreender o fenômeno. Por meio desta conceituação é possível evitar o essencialismo e a vitimização da mulher. Pois a mulher é vista como responsável por suas ações, pensamentos e juízo, uma vez que é capaz de introjetar as normas sociais e realizar uma reflexão crítica sobre elas. Desta forma, assujeitá-la é considerado violência.

Em nossa pesquisa, buscamos compreender o fenômeno da violência contra a mulher a partir da ótica da saúde pública. Para tanto, devemos enfatizar aspectos relacionados à saúde da mulher, visando desenvolver alternativas de enfrentamento para o problema. Com base nas definições apresentadas acima, tomamos *violência contra a mulher* a partir da perspectiva da *violência de gênero*, desta forma utilizaremos ambas como sinônimos, tais denominações possibilitam-nos abordar de maneira mais ampla as formas tradicionais de violência, incluindo a violação dos direitos humanos da mulher. Estas denominações abarcam em sua concepção a *violência doméstica*, que por sua vez concebe a *violência entre parceiros íntimos* ou *violência conjugal*, portanto, tomaremos essas três últimas também como sinônimos.

Segundo a ONU (1993) a violência contra a mulher é definida como: "Todo ato de violência baseado em gênero que resulta ou tenha probabilidade de resultar em dano físico,

sexual ou psicológico ou sofrimento da mulher e inclusive ameaça de cometer esses atos, a coerção ou privação arbitrária de liberdade, seja na vida pública ou privada". Um dos aspectos desta violência é que ela restringe a possibilidade de livre escolha da mulher, pois, sabe-se que:

> A violência perfeita é aquela que obtém a interiorização da vontade e da ação alheias pela vontade e pela ação da parte dominada, de modo a fazer com que a perda da autonomia não seja percebida nem reconhecida, mas submersa numa heteronomia que não se percebe como tal. Em outros termos, a violência perfeita é aquela que resulta em alienação, identificação da vontade e da ação de alguém com a vontade e a ação contrária que a dominam (CHAUÍ, 1985, p.35). [grifo nosso]

Falar em perda de autonomia, alienação e sujeição da vontade aos caprichos do outro é falar em violação dos direitos humanos. Segundo Freedman & Isaacs (1993), autonomia diz respeito a possibilitar que a mulher tenha controle e autoridade para tomar decisões sobre sua vida reprodutiva, tenha acesso adequado a informações e aos serviços de saúde, sendo isso garantido por lei. Essa autonomia faz parte dos direitos da mulher estabelecidos pelas convenções internacionais, entre elas: as conferências de Teerã em 1968; a Assembléia Geral da ONU, em Roma em 1974; em 1974 na Romênia em Bucareste, a Conferência da População Mundial; a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher em 1979; em 1984 a Conferência do México;

Além da autonomia, as autoras apontam ainda dois princípios básicos centrados na mulher que serviram de base para a criação de seus direitos e estão relacionados ao âmbito da saúde. Primeiro, a mudança de perspectiva da visão sobre a mulher, ou seja, a partir dessas convenções as mulheres deixaram de ocupar apenas o espaço privado, aquele que as define como seres voltados à reprodução e aos cuidados com a casa e a família, passando a ter voz. Suas experiências e opiniões são levadas em consideração para o desenvolvimento de novas estratégias na saúde. Depois, a necessidade de conectar os âmbitos internacionais, nacionais e comunitários para desenvolver estratégias úteis sobre a saúde da mulher, adequar os direitos internacionais às realidades locais, pois não basta apenas declarar os direitos humanos, é necessário transpô-los a situações específicas que cada nação, grupo social ou comunidade apresentam. Para isso, os tratados internacionais mostram o caminho legal a ser percorrido e os governos locais os adaptam de acordo com suas próprias realidades (FREEDMAN; ISAACS, 1993).

Saffioti (2004) utiliza-se dos direitos humanos para definir violência. Sabe-se que cada pessoa, inserida em sua cultura, percebe a violência de uma forma diferente, ou seja, "o mesmo fato pode ser considerado normal por uma mulher e agressivo por outra" (p.47). Sendo assim, a autora toma como base a violação dos direitos humanos para definir o que é violento ao afirmar: "prefere-se trabalhar com o conceito de *direitos humanos*, entendendo-se por violência todo agenciamento capaz de violá-los" (p.76).

O movimento feminista foi precursor da luta para os direitos da mulher, sexuais e reprodutivos. Foi, também, o responsável por denunciar a violência praticada contra a mulher e iniciar a trajetória contra isso, segundo Azevedo (1985), possibilitando que essa violência passasse a ser percebida como um problema social, "não apenas por suas proporções quantitativas, mas também pela *gravidade de suas conseqüências*" (p.27).

A Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (1999) afirma que o ato de violência cometido contra mulheres, por seus parceiros, no ambiente privado, tem sido reconhecido como um problema mundial presente em todas as classes sociais, em todas as etnias, independente da cor, idade, etc. Atualmente, a violência é caracterizada como um problema social a ser enfrentado, baseando-se nas questões de gênero e nos estudos quantitativos que vêm sendo realizados, que abrangem sua magnitude, seus fatores de risco, sua prevalência e suas conseqüências para as mulheres.

Além de ser caracterizada como um problema social, a violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo é considerada um importante problema de saúde pública. Entre suas seqüelas encontram-se maus-tratos profundos, afeta seu bem estar, sua auto-estima e sua capacidade de participar da vida pública. Além dos efeitos imediatos tais como lesões, a violência é causa de várias conseqüências futuras a saúde visto que o consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre mulheres nesta situação é mais freqüente, o que acarreta no risco de várias doenças. Entre os riscos ainda apresentam-se depressão, tentativas de suicídio, síndrome da dor crônica, transtornos psicossomáticos, lesões físicas, transtorno do aparelho digestivo, síndrome do cólon irritável e diversas conseqüências para saúde reprodutiva. Ou seja, conseqüências físicas, sexuais e reprodutivas, psíquicas, comportamentais e morais (KRUG *et al.*, 2003).

Krug *et al.* (2003) ainda destacam que: "Os efeitos a longo prazo da violência para a saúde das mulheres, aquelas que têm sido maltratadas tem maiores probabilidades de

serem usuárias a longo prazo dos serviços de saúde, o que aumenta os custos da assistência sanitária"[5].

Estudos levantam dados alarmantes relacionados à violência contra mulher. Segundo Garcia-Moreno, *et al.* (2005), foram agredidas, física e sexualmente, por seus parceiros entre 30% a 60% das mulheres, em todo o mundo, ao menos uma vez na vida. No Brasil, 27% das mulheres, na cidade de São Paulo, e 34% na Zona da Mata pernambucana relataram algum episódio de violência física cometida por parceiro ou ex-parceiro ao menos uma vez na vida. De acordo com a pesquisa "A mulher brasileira nos espaços públicos e privados", pelo menos 6,8 milhões de mulheres brasileiras vivas já foram espancadas ao menos uma vez, 31% dos casos ocorreu nos últimos 12 meses e, a cada 5 minutos uma mulher é agredida dentro de casa no Brasil (VENTURINI, *et al.*, 2004). E ainda que, 40 a 70% dos homicídios femininos, em nível mundial, são realizados por parceiros íntimos. Em todo o mundo, pelo menos uma em cada três mulheres já foi espancada, coagida ao sexo ou sofreu alguma outra forma de abuso durante a vida. O agressor é, geralmente, um membro de sua própria família (DAY *et al.*, 2003).

Azevedo (1985) aponta para um aspecto importante da violência, baseando-se nas relações de gênero, afirma que esse ato seria visto pela sociedade como uma "manifestação normal da *virilidade* do homem, para impedir a perda da *feminilidade* da mulher. É a pedagogia da violência a serviço da contínua luta que se trava no íntimo de cada homem e de cada mulher […]" (AZEVEDO, 1985, p.72).

Schraiber e D'Oliveira (1999) fortalecem esse apontamento ao afirmarem que a mulher é vista na sociedade como um sujeito dependente, infantilizado e necessitam de proteção, além de serem educadas por meio de atitudes corretivas, punições e agressões.

Diante dessa característica de que a violência praticada contra a mulher seria exercida pelo homem como uma atitude corretiva, de caráter disciplinar, e tomando como base o que nos coloca Machado (2004, p.47), "os atos de violência parecem não interpelar os sujeitos agressores sobre por que, afinal, agrediram fisicamente, e se têm alguma culpa. São vividos como decisões em nome de um poder e de uma "lei" que encarnaram". Temos aí dois aspectos levantados: primeiro, a violência contra a mulher apresenta-se como educativa e punitiva; segundo, é uma forma de legitimação de poder do mais forte perante

---

[5] Tradução nossa: "Dados los efrectos a largo plazo de la violencia en la salud de las mujeres, aquellas que han sido maltratadas tienen mayores probabilidades de ser usuárias a largo plazo de los servicios de salud, lo que acrecienta los costos de la asistencia sanitária" (Krug *et al.,* 2003, p.112).

o mais fraco, ou seja, do homem perante a mulher. Sendo assim, retomando o conceito de gênero definido por Scott (1988), de que este seria um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças entre os sexos e também uma maneira de significar as relações de poder, podemos compreender por que a violência contra a mulher é chamada *violência de gênero*.

Sendo assim, segundo nos destacam Oliveira & Fonseca (2007):

> Violência de gênero é considerada aquela que contém, em si, características próprias e que acontecem com a mulher simplesmente pelo fato de ser mulher. É uma violência que tem locais próprios, forma de acontecer característica, condução e perpetração que ocorrem por uma relação marcada pela dominação masculina. As raízes da violência encontram-se nas próprias relações de gênero.

Agora, cabe explorarmos de maneira mais aprofundada quais seriam as violências sofridas pelas mulheres. Em nossa pesquisa, consideraremos as cinco formas de violência doméstica cometidas contra a mulher apresentadas na Lei Maria da Penha (11.340/2006):

I - a **violência física**, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a **violência psicológica**, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento, ou que vise a degradar e controlar suas ações, seus comportamentos, suas crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - a **violência sexual**, entendida como qualquer conduta que a constranja presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a **violência patrimonial**, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de

trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a **violência moral**, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Day *et al.* (2003), complementam essa definição ao abordarem: por violência física entende-se, todo e qualquer ato que objetive causar dano por meio da força física, ou utilizando algum tipo de arma ou instrumento que possa causar lesões internas, externas ou ambas. A violência psicológica inclui toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. E, a violência sexual é toda ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga outra à realização de práticas sexuais, utilizando força física, influência psicológica ou uso de armas ou drogas.

Em relação à violência psicológica, Saffioti (2004), afirma que ela costuma ser acompanhada de outras violências e por vezes, substitui a violência física, sendo mais fortemente caracterizada pela ameaça. O fato de o homem destruir seus objetos pessoais, rasgar suas roupas, é um ato extremamente violento, pois, ele denigre a identidade da mulher. Como nos expõe a autora "os resultados destas agressões não são feridas no corpo, mas na alma. Vale dizer feridas de difícil cura" (p.63). Para as mulheres agredidas, a "humilhação provoca uma dor muito profunda" (p.63), além de relatarem que muitas vezes é mais difícil superar uma *ferida na alma* do que no corpo.

Azevedo (1985) aborda que a violência física seria um ato praticado com o intuito de: "1. causar dor ou ofensa como um fim em si (violência expressiva); 2. empregar a dor, ofensa ou cerceamento físico como punição destinada a induzir a vítima a realizar determinado ato (violência instrumental); 3. combinar ambos os objetivos anteriores" (p.21).

Podemos observar que as violências cometidas contra a mulher tomam varias formas, e, ainda, que o lar é um fator de risco para o aumento da violência de gênero, pois, segundo nos apontam Deslandes & Gomes (2000, p.130) "no cenário da violência contra a mulher, a violência doméstica ou familiar assume um papel de destaque". Em sua pesquisa, por meio da qual entrevistaram mulheres atendidas nos hospitais com queixa de violência, encontraram uma prevalência de 83% de mulheres agredidas em ambiente domiciliar, sendo 70% destas agressões cometidas por companheiros ou ex-companheiros.

O fato de a violência ocorrer no ambiente privado do lar acarreta, além da omissão por parte dessas mulheres em denunciarem seus agressores, uma dificuldade em se

desvencilhar daquela relação, de abandonar seu cônjuge. As mulheres vítimas da violência doméstica, segundo mostram os registros da Delegacia de Defesa da Mulher em São Paulo, têm em sua maioria entre 20 e 40 anos e em 60% dos casos continuam vivendo com seus agressores depois de registrada a queixa (VERARDO, 1997).

Perguntamo-nos: estando cientes dos dados alarmantes, por que essas mulheres não denunciam tal violência e quando denunciavam muitas delas retiravam a queixa[6]? Segundo Saffioti (2004), esse fato deve-se à ideologia em torno da família que impede a denúncia tanto de abusos contra seus filhos, quanto contra elas próprias. Além disso, a mulher sente-se culpada pelo ocorrido, "a vitima sabe, racionalmente, não ter culpa alguma, mas, emocionalmente, é inevitável que se culpabilize" (p.64).

Schraiber *et al.* (2002) sustentam que os eventos ocorridos no ambiente familiar não são nomeados violência, sendo esse termo utilizado para expressar situações que ocorrem no espaço público. Outro fator que faz com que as mulheres descaracterizem ou não percebam o que ocorre com elas como sendo uma violência está ligado ao fato de que esse termo corresponde a uma situação grave. Muitas vezes, a situação doméstica é extremamente severa, porém, há uma negação da violência, em virtude de questões culturais que contribuem para a invisibilidade do problema.

A ausência de informações suficientes às mulheres sobre suas condições inferiores e desvalorização de seu trabalho, sobre sua dupla ou, até mesmo, tripla jornada profissional, a falta de autonomia, além das condições atuais de vida, a cultura e a sociedade em que a mulher está inserida, denunciam, mais uma vez, a invisibilidade do problema, segundo nos aponta Saffioti (2004, p.44) ao expor que "isto revela a necessidade de tornar ainda mais visíveis as várias modalidades de violências praticadas contra mulheres, em especial a violência doméstica".

Ao contrário do que se poderia pensar, a retirada da queixa não era vista por essas mulheres como uma negação da violência, mas, segundo Schraiber e D'Oliveira (1999), como a criação de um espaço de negociação com o agressor, colocando-as em uma posição superior em relação à anterior da queixa, ou seja, a queixa servia como um suporte para a mulher, desta maneira ela mostrava ao agressor que era possível fazer alguma coisa para que a situação de violência acabasse. É como se a mulher dissesse: *Olha, eu posso prendê-lo se você não parar de me bater, pois eu tenho poder para isso*.

---

[6] É importante frisar que atualmente com a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006), a retirara da queixa não é mais possível. Esta lei será apresentada no item a seguir.

O aspecto de invisibilidade apresenta uma característica fundamental desse tipo de violência: a cronicidade, ou seja, um ciclo vicioso que se desenvolve em escala ascendente. Com o passar dos tempos, as agressões tornam-se mais constantes e piores, podendo chegar a extremos, e isso ocorre, de fato, em muitas situações. Apresentando uma dinâmica de funcionamento na qual o parceiro comete violência, a mulher procurava a delegacia apenas para ameaçá-lo e atendimento médico para tratar de seus ferimentos físicos, enquanto a questão fundamental, a violência cometida contra ela, não é solucionada. Trata-se de um aspecto particular dessa prática que deve ser compreendido e analisado cuidadosamente, para que se desenvolvam políticas públicas capazes de intervir com mais eficiência nessa problemática, reconhecendo os direitos de cada um e buscando a eqüidade entre homens e mulheres (SAFFIOTI, 2004).

Em seu trabalho Oliveira (2001, p.17) nos apresenta esse ciclo ao afirmar: "a violência contra a mulher não se faz por episódios isolados e discretos, mas numa vitimização contínua, com várias formas de abuso que aumentam em freqüência e intensidade, compondo momentos diferentes".

Como nos aponta Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM, BRASIL, 2005a), esse ciclo é comumente composto por três fases: 1. A construção da tensão no relacionamento, marcada por incidentes menos severos, tais como agressões verbais, crises de ciúmes, ameaças, destruição de objetos, etc. A posição da mulher normalmente é apaziguar, acalmar o parceiro, ser dócil e prestativa para não irritá-lo, pois, de certa forma, sente-se responsável pelos atos do companheiro, negando seus sentimentos de raiva e angústia, anulando-se como sujeito na relação. 2. A explosão da violência – descontrole da situação, agressões agudas, ataques mais graves, tornando a relação insuportável e inadmistrável, havendo perda de controle e destruição e marcada por um período curto de tempo. 3. A lua-de-mel – arrependimento do(a) agressor(a)-, após o período da agressão física, o agressor demonstra remorso e medo de perder a parceira, levando-o a fazer promessas, implorar por perdão, dar presentes e demonstrar o quanto é apaixonado pela companheira, jurando que esse episódio não voltará a se repetir e que ele será novamente o homem por quem ela um dia se apaixonou.

Nesse contexto, que produz muito sofrimento e desgaste para a mulher e para o homem, apresentamos mais questionamentos: quais seriam os motivos para que se mantenha esse relacionamento, muitas vezes doentio, marcado por danos à saúde física e mental das pessoas envolvidas?

Segundo Day *et al.* (2003), os motivos mais alegados para continuar em um relacionamento abusivo são: medo de represália, perda do suporte financeiro, preocupação com os filhos, dependência emocional e financeira, perda de suporte da família e dos amigos, esperança de que *ele vai mudar um dia*.

Além desses motivos, os autores apresentam outros, como a repetição de modelo familiar/parental violento, as vivências infantis com maus-tratos, a negligência, a rejeição, o abandono e o abuso sexual, o casamento como forma de fugir da situação familiar de origem, sendo o parceiro e o relacionamento idealizados, os sintomas depressivos, o sentimento de responsabilidade pelo comportamento agressivo do companheiro, a ausência de uma rede de apoio eficaz no que se refere à moradia, escola, creche, saúde, ao atendimento policial e da justiça. Esses também são motivos que contribuem para a manutenção da relação.

Saffioti (2004) nos chama atenção sobre a existência de alguns relacionamentos co-dependentes, ou seja, "sem dúvida, mulheres que suportam a violência de seus companheiros, durante anos a fio, são co-dependentes da compulsão do macho e o relacionamento de ambos é fixado, na medida em que se torna necessário. Neste sentido, é a própria violência, inseparável da relação, que é necessária" (p.84). Esse relacionamento apresenta a mesma dinâmica de um vício.

Entretanto como nos expõe a autora, "é verdade, por outro lado, que há mulheres resilientes, que não se deixam abater por condições adversas" (SAFFIOTI, 2004, p.84). E, por este motivo devemos nos concentrar, para formular políticas públicas capazes de, se não solucionar, ao menos minimizar a violência doméstica praticada contra mulheres.

Segundo Medeiros (2005), essas políticas devem ser desenvolvidas transversalmente, buscando a eqüidade entre os sexos, reconhecendo igualmente seus direitos.

Para compreendermos o fenômeno da violência de gênero devemos descartar posições deterministas e reducionistas que apresentam a mulher como passiva e vítima de uma situação imposta. Gregori (1993) afirma que a violência entre parceiros íntimos é determinada por um conflito de interesses entre as partes envolvidas, ocorre numa relação entre gêneros, sendo a agressão uma forma de comunicação resultante de uma negociação mal sucedida por diversas motivações. Além disso, as mulheres participam ativamente desse processo, ainda que as agressões sejam novas formas de relacionamento, isentas de acordos, entendimentos ou negociações. Nas palavras da autora, "os relacionamentos

conjugais são de parceria e a violência pode ser também uma forma de comunicação, ainda que perversa, entre parceiros" (GREGORI, 1993, p.134).

Devemos destacar que a participação ativa da mulher para o desencadeamento da violência não significa afirmar que ambos encontram-se no mesmo patamar com relação ao gênero, ou seja, homens e mulheres não detêm o poder de maneira igualitária. Saffioti (1994) complementa Gregori (1993) afirmando que a mulher participa da relação violenta podendo até desencadeá-la, mas isto não quer dizer que ela detém o mesmo poder masculino, e ainda, que a mulher, normalmente, é mais penalizada com relação a seu parceiro nessa relação.

Está constatado e compreendido que a violência de gênero é um fato muito alarmante em nossa sociedade e deve abandonar sua principal característica de invisibilidade. É descrita por muitos autores como "educativa" e "corretiva" contra atos cometidos por mulheres que não cumpriram com suas "obrigações" de esposa ou de mãe, justificada por uma cultura que tem como base o domínio masculino. Diante dessas questões, os estudos apontam para a importância do desenvolvimento de políticas públicas que visem a coibir essa prática.

2.3 Alguns mecanismos e políticas públicas criados para coibir a violência contra mulheres no Brasil

Antes de iniciarmos nossa apresentação sobre os mecanismos e políticas, devemos deixar claro que buscamos neste item apenas esclarecer algumas estratégias criadas para coibir a violência contra a mulher através da exposição e síntese das mesmas.

Merece destaque a Convenção da ONU sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher realizada em 1979 (COOK, 1993) que foi ratificada pelo Brasil em fevereiro de 1984, por ser a primeira que prevê os direitos das mulheres. Considera a Declaração Universal dos Direitos Humanos ao reafirmar o princípio da não-discriminação, através do qual todas as pessoas são consideradas livres e iguais em dignidade e podem recorrer a todos os direitos e liberdades sem distinção alguma, inclusive de sexo.

Define discriminação contra a mulher como toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo que vise prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício de seus direitos humanos e liberdades fundamentais, em qualquer campo de ação pública ou

privada. Incluindo nesta definição qualquer forma de opressão baseada no status de inferioridade da mulher

Determina como responsabilidade dos Estados signatários: inserir na Constituição Nacional o princípio da igualdade; criar medidas legislativas e outras além de estabelecer proteção jurídica que proíbam a discriminação e protejam a mulher. Além disso, buscarão alterar os padrões socioculturais de conduta de homens e mulheres, promovendo a eliminação de preconceitos e práticas que consintam as idéias de inferioridade ou superioridade entre os sexos. Prevê direito a vida, a liberdade, segurança pessoal, a casar e fundar uma família, a saúde reprodutiva e cuidados com sua saúde, acesso a informação e educação, a justiça, a participação efetiva na esfera política e econômica e igualdade entre cônjuges.

A Rede Mulher de Educação (CARREIRA; PANDJIARJIAN, 2003), baseada em estudos e pesquisas, nacionais e internacionais, que destacam a necessidade da existência de ações integradas para prevenção e combate mais eficientes para o enfrentamento da violência contra a mulher, desenvolveu um guia de apoio à construção de redes de serviços que busca fornecer subsídios práticos e teóricos para articular ações organizadas entre instituições governamentais e não-governamentais, focando-se em áreas como segurança pública, saúde, educação, trabalho, habitação, etc., ou seja, áreas que prestam atendimento, identificação, encaminhamento ou prevenção de situações violentas.

A criação de redes de serviços é enfatizada por se tratar de uma estratégia muito importante e eficiente para a eliminação da violência de gênero, visto que esta é uma problemática que envolve relações de poder, calcadas em elementos culturais que são influenciados e influenciam as bases econômicas, jurídicas, sociais e políticas, as quais acabam por sustentar e perpetuar essas relações desiguais. Sendo assim, desenvolver uma estratégia que engloba todas essas áreas é uma possibilidade de erradicação da violência contra a mulher.

Carreira & Pandjiarjian (2003) destacam uma série de avanços ocorridos desde a década de 1980 em relação à violência doméstica contra a mulher, entre eles, conferências nacionais e internacionais, legislações e políticas públicas. Apesar dessas mudanças, há ainda muitos fatores que limitam e atrapalham os trabalhos realizados, como: os valores, as práticas sociais e atendimentos que reproduzem estereótipos, discriminações e preconceitos. Nos campos de políticas públicas e prestações de serviços concentram-se os

maiores entraves: a inexistência de uma política integrada entre as três esferas do governo e os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário que vise à efetivação da prática dos direitos das mulheres; a falta de um sistema eficiente de registros, produção e análise de dados estatísticos voltados à violência doméstica; ausência de vontade política em enfatizar a violência praticada contra mulheres como problema central, para que sejam desenvolvidas políticas públicas; a carência de articulações entre instâncias governamentais que respondam ao fenômeno; a não integração entre os serviços já existentes e a falta de investimentos neles; a inexistência de verba para o surgimento e a implementação de novos serviços.

Sendo assim, Carreira & Pandjiarjian (2003, p.16) propõem "a constituição de uma rede integrada de serviços voltada à promoção da cidadania e da eqüidade, de caráter participativo, com o envolvimento da sociedade civil, particularmente do movimento de mulheres". Para tanto, abordam dois caminhos: primeiro, reconhecer a *rede de relações* em que os atores sociais e as organizações estão envolvidos para promover a *rede de serviços*, com atuações integradas entre diversas esferas que trabalham para o enfrentamento da violência de gênero. Para que isso seja possível, é necessário intenção, vontade, compromisso e estratégias bem definidas. As últimas provêm das primeiras, já existentes.

Para que se efetive tal articulação, devem-se desenvolver projetos que visem a fortalecer os vínculos entre a *rede primária* – de relacionamentos de cada indivíduo, parentes, amigos, etc. – a *secundária* – entre indivíduos e instituições – e a *intermediária* – indivíduos que fazem uma ponte entre a primária e secundária, como agentes da Pastoral da Criança – que também devem divulgar informações, orientar vítimas e prestar-lhes serviços mais eficientes, pois os agentes conhecem a realidade da população da comunidade na qual estão inseridos. Assim, criam-se condições de prevenção e proteção contra a violência.

A rede proposta por Carreira & Pandjiarjian (2003) é chamada de *autônoma*, em que as relações são pautadas na interdependência, complementaridade e horizontalidade, e o poder é distribuído de forma igualitária. Essa rede apresenta múltiplos centros, entre os quais a informação circula livremente para todos aqueles que a compõem e as ações dependem da iniciativa de seus membros. Para que se torne possível, é necessário estarem claros seu sentido, seus objetivos, valores e suas posturas, sua comunicação, seu funcionamento e a natureza da relação entre cada instância envolvida.

Ainda enfatizam-se algumas instituições que são fundamentais para integrar a *rede de serviços*, voltadas ao atendimento de mulheres em situação de violência, entre elas: a Polícia Militar, as delegacias, especializadas ou não, o Instituto Médico Legal, o Ministério Público, a Defensoria Pública, o Poder Judiciário, os abrigos, os centros de referência, os conselhos tutelares e os serviços de saúde. Estes últimos, segundo Carreira & Pandjiarjian (2003), são uma das mais importantes portas de entrada para o atendimento e a detecção dessas mulheres.

Em 2003, o Governo Federal criou a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), o que deu início à formulação da *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres* (BRASIL, 2003). Para enfrentar a violência contra a mulher é necessário o envolvimento de toda a sociedade – os três poderes, os movimentos sociais, as comunidades. Sua meta é consolidar uma *Rede de Cidadania* por meio da qual se aliem os recursos públicos aos comunitários, buscando-se prevenir, atender e erradicar a violência doméstica.

Ao que se refere à área da saúde:

> […] é preciso desenvolver ações voltadas às unidades básicas de saúde da rede pública, gerando estratégias que ressaltem a noção de violência contra a mulher como um problema de saúde pública, principalmente no contexto da saúde da mulher, garantindo um acolhimento receptivo, procedimentos adequados e, sobretudo, atendimento integral (SPM, 2003, p.52).

É necessário também que os profissionais estejam capacitados a identificar essas mulheres, escutá-las sem julgamentos e prestar-lhes auxílio suficiente para seguimento do caso, principalmente no que se refere à denúncia.

A SPM por fazer parte da Rede, implementou um sistema de *Ouvidoria* visando estimular a participação da mulher cidadã, voltada ao atendimento de denúncias relativas à discriminação, às situações de violência e risco contra as mulheres, orientando-as e encaminhando-as aos serviços especializados (SPM, 2003).

Em 2004, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) tornou pública a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*, que "propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, questões ainda pendentes na atenção à saúde

das mulheres" (BRASIL, 2004, p.10), baseando-se em dados epidemiológicos e reivindicações pautados nas desigualdades de gênero.

Entre seus objetivos, está promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

Nas diretrizes dessa política, destacam-se: o SUS deve estar devidamente equipado, orientado e capacitado para ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde da mulher, em todos os ciclos de sua vida. Devem ser elaboradas políticas públicas e programas que atentem para a perspectiva de gênero e etnia que estejam de acordo com os Direitos das Mulheres. O atendimento deve ser realizado a partir da cuidadosa observação ampliada do contexto sociocultural em que a usuária se insere, assim como devem ser respeitadas sua singularidade e condição de sujeito capaz e responsável por suas escolhas, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais. As práticas de saúde devem ser norteadas pelo princípio de humanização – "compreendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e às suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida" (BRASIL, 2004, p.64) – além de promoverem o devido acolhimento às mais variadas demandas. As ações devem ser articuladas entre órgãos governamentais e não-governamentais.

Além disso, visando a contemplar seus objetivos, traça como meta em seu Plano de Ação para o período de 2004-2007 a ampliação em 30% da rede nacional de serviços especializados de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

Em 2005, a SAS reedita a Norma Técnica para a *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Sua primeira edição data de 1999. Optamos por expor esta edição por ser mais completa e adequada à atualidade. Refere-se a uma política pública que responde ao compromisso do país de serem cumpridos os direitos humanos das mulheres, apresentando como objetivo específico o desenvolvimento de estratégias voltadas à saúde da mulher ao que diz respeito às violências sexual e doméstica. Por meio da criação dessa Norma Técnica, é possível promover a qualificação de profissionais de saúde, visando a melhorar a qualidade da atenção à saúde de pessoas que sofrem essas violências, considerando-se que "todos os

profissionais de saúde têm responsabilidade na atenção às pessoas que se encontram nessa situação" (BRASIL, 2005, p.13).

A Norma prevê que a assistência à mulher em situação de violência sexual deve ser estabelecida a partir de dados científicos atuais, bases epidemiológicas e tecnologia apropriada. As ações devem estar disponíveis a toda a população, em todas as regiões, estando à instituição responsável por todas as etapas de atendimento, desde emergência, acompanhamento, reabilitação, tratamentos físico e mental. Para que essas ações se tornem possíveis, é indispensável que os mecanismos de detecção e encaminhamento estejam bem definidos, contribuindo para a eficiência do atendimento. E, todas as agências envolvidas nesse processo devem deter conhecimento sobre quais locais realizam o atendimento a mulheres em situação de violência sexual.

Quanto ao espaço físico, é necessário que se criem locais específicos para garantir a privacidade das mulheres, sem, contudo, criar-lhes situações constrangedoras. O processo de acolhimento deve ser fácil a elas, promovendo um ambiente de confiança e respeito. A equipe deve ser multidisciplinar. No prontuário da usuária devem constar os dados obtidos durante a entrevista, os resultados dos exames e outras informações relevantes. Devem-se realizar cursos de capacitação e sensibilização para todos os profissionais de saúde evolvidos em todas as fases do atendimento.

A ênfase no acolhimento colabora com a qualidade e humanização do atendimento prestado. Entende-se por acolhimento: "[…] o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à mulher em situação de violência sexual. O acolhimento pressupõe receber e escutar essas mulheres, com respeito e solidariedade, buscando-se formas de compreender suas demandas e expectativas" (BRASIL, 2005, p.13).

O atendimento psicológico deve estar disponível para auxiliar a mulher no enfrentamento dos conflitos e problemas surgidos devido à situação experenciada, contribuindo, dessa forma, para reestruturar seus aspectos emocional e social.

É fundamental a realização de exames físicos completos, exames ginecológicos, coleta de amostras para diagnósticos de infecções e de material para identificação do agressor. A notificação compulsória deve ser feita em qualquer caso de violência contra a mulher, de acordo com a Lei n.º 10.778, de 24 de novembro de 2003; em casos de crianças ou adolescentes, o Conselho Tutelar deve ser imediatamente comunicado, o Boletim de Ocorrência Policial e o laudo do IML também devem ser providenciados.

A Norma Técnica (BRASIL, 2005) também propõe a criação de redes integradas, cuja organização deve ser realizada, fundamentalmente, pelos devidos gestores, destacando os serviços de saúde como locais privilegiados para identificação e definição de ações articuladas com outras instituições. Assim, podem-se promover ações multiprofissionais, interdisciplinares e interinstitucionais.

> Isso envolve atuação voltada para o estabelecimento de **vínculos formalizados entre os diversos setores que devem compor a rede integrada de atenção a vítimas de violência** para a promoção de atividades de sensibilização e capacitação de pessoas; para a humanização da assistência e ampliação da rede de atendimento; e para a busca de recursos que garantam supervisão clínica e apoio às equipes que atendem pessoas em situação de violência (BRASIL, 2005, p.22).

Também em 2005, a SPM (BRASIL, 2005a) propôs *Orientações Práticas para Profissionais e Voluntários* para o enfrentamento da violência de gênero. Trata-se de uma introdução teórica sobre o fenômeno e apresenta a profissionais envolvidos com a problemática e a outras pessoas que se interessem por ela qual a melhor maneira para prevenir, identificar, tratar e encaminhar mulheres que passam por essa situação.

Aborda-se, nessas Orientações, a construção de um Plano de Proteção, buscando traçar, com a mulher que se encontra em uma situação de risco, uma estratégia de segurança útil e adequada à realidade daquela pessoa. É preciso propor-lhes comportamentos que as protejam no momento da agressão – evitar cozinhas, armas, manter distância de crianças, etc.. Ocorrida à agressão, é importante a mulher ter próximo dela um telefone e números de instituições e pessoas a quem possa recorrer; procurar a DDM ou algum outro órgão confiável para ela e deixar sempre pronta uma muda de roupas com cópias de documentos, caso necessite sair rapidamente do domicílio, são algumas orientações relevantes nesse processo.

O documento proposto pela SPM (BRASIL, 2005) também apresenta maneiras de aprimorar o atendimento prestado com uma mulher em situação de violência, como estabelecer uma relação de confiança; não infantilizá-la; escutá-la sem julgar suas atitudes, etc. Além de formas para avaliar a gravidade do risco que aquela mulher está correndo.

Diante dessas disposições, em 2006, a SAS apresentou a *Matriz Pedagógica para Formação de Redes*, visando a ampliar a rede de serviços especializados em violência doméstica e sexual contra a mulher a partir das seguintes estratégias: articulação inter e

intra-setorial para a formação de redes, com a participação de instituições governamentais e não-governamentais. Por meio dessas redes promovem-se a prevenção e atenção integral a mulheres e adolescentes em situação de risco. Implantar a legislação brasileira e normas técnicas em acordo com os direitos humanos e direitos sexuais e reprodutivos.

Matriz pedagógica diz respeito ao: "[…] conjunto de informações que se ancoram entre o instrumental teórico e o aprimoramento técnico, o perfil e a vocação profissional para as questões da atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual" (BRASIL, 2006, p.10). Foi desenvolvida como instrumento de auxílio para promover a qualificação profissional no atendimento de pessoas vulneráveis, possibilitando a prevenção, o acolhimento, diagnóstico, tratamento, a notificação e o encaminhamento adequados para pessoas em situação de violência.

Para tanto, propõe a criação de um curso de 40 horas, voltado a profissionais do SUS, da Segurança Pública, da Justiça, dos Direitos Humanos, da Assistência Social, da Educação e das áreas do Controle Social. Dividido em duas partes, a primeira, teórica, aborda temas gerais, com tópicos conceituais e representativos sobre a violência doméstica e sexual. Na segunda parte, os módulos são desenvolvidos com conteúdos específicos para cada setor da rede, buscando fazer com que os participantes trabalhem para compreender e visualizar como podem contribuir para essa organização, observando o fluxo e o acompanhamento do serviço por todos os profissionais e gestores envolvidos no atendimento de mulheres e adolescentes em situação de violência (BRASIL, 2006).

Em 2006, entrou em vigor a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006) que coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Ela tipifica a violência doméstica como uma das formas de violação dos Direitos Humanos, altera o Código Penal, possibilitando que os agressores sejam presos em flagrante ou tenham sua prisão preventiva decretada ao ameaçarem a integridade física e psicológica da mulher. Prevê medidas inéditas de proteção à mulher que corra risco de vida, como afastamento do agressor do domicílio e proibição de sua aproximação física, tanto da mulher agredida, quanto dos filhos.

Além dessas inovações, foram definidas as formas de violência doméstica, já citadas anteriormente: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. A mulher pode renunciar sua denúncia somente perante o juiz. Ficam proibidas as penas pecuniárias

(multas ou cestas básicas) e retira-se dos juizados especiais criminais (lei 9.099/95) a competência para julgar os crimes de violência de gênero.

Por esta Lei ser muito recente ainda não estão claros quais os efeitos que ela terá sobre a população. Visto que a retirada da queixa, destacada anteriormente, era utilizada por mulheres em situação de violência como recurso protetor.

Em 2007, a SPM (BRASIL, 2007) desenvolveu o *Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*, que tem como objetivo prevenir e enfrentar todas as formas de violência praticadas contra a mulher, propondo o desenvolvimento de uma série de ações que devem ser executadas nos anos de 2008 a 2011. Suas políticas públicas estão voltadas a mulheres que vivem no meio rural, negras e indígenas em situação de violência, por esses grupos sofrerem dupla ou tripla discriminação e se encontrarem em situação de maior vulnerabilidade. As ações serão implementadas nas mais diversas áreas – educação, vida social, trabalho, saúde, segurança pública, etc. Por meio dessas políticas, pretende-se reduzir os índices de violência, promover mudanças culturais e garantir e proteger os direitos das mulheres.

Além desses mecanismos, foi criada uma Central de Atendimento à Mulher, com intuito de auxiliar e orientar as mulheres que estão em situação de violência por meio de um número de telefone (180) gratuito (BRASIL, 2005). Segundo nos apontam os dados apresentados pela SPM (BRASIL, 2007a), no período de outubro de 2006 a maio de 2007, foi atendido um total de 73.465 mulheres, sendo que mais da metade (58%) resultou no encaminhamento delas para serviços da rede. "Hoje, o país conta com 99 Centros de Referência de Atendimento às Mulheres em situação de Violência – espaços de acolhimento psicológico, social e jurídico, considerados elos dos demais serviços" (BRASIL, 2007a, p.17).

Todos esses mecanismos demonstram a evolução das políticas e legislações brasileiras. Visto que os documentos são muito recentes, as mudanças práticas ainda são muito poucas, apesar de já existirem.

Dito isto, discorreremos sobre o papel dos profissionais de saúde com relação à violência de gênero e quais são suas responsabilidades perante essas mulheres.

Capítulo 3
Os Profissionais de Saúde

Quem conhece a sua ignorância revela a mais profunda sapiência.
Quem ignora a sua ignorância vive na mais profunda ilusão.
Lao-Tsé

O aspecto fundamental de nossa pesquisa está no fato de buscar compreender a relação dos profissionais de saúde com essas mulheres.

Marinheiro (2004, p.14), aponta que: "Quando a mulher procura o serviço de saúde, como conseqüência das necessidades óbvias dos cuidados médicos das lesões provocadas pela violência […] ela apresenta apenas seus efeitos, mantendo um aspecto de invisibilidade do problema, dificultando ainda mais o diagnóstico de violência". Essa mesma denúncia de omissão por parte das mulheres é apresentada por Santos (2003, p.18), ao afirmar que: "Ela bate à porta dos serviços de saúde em busca de soluções para dores crônicas, alterações do estado emocional, chega com queixas vagas e crônicas, dores difusas e sem nexo causal, com anseios não explícitos perante profissionais que não reconhecem a violência através dos seus disfarces".

Pedrosa (2003) concorda com essas afirmações ao constatar, em sua pesquisa, na qual entrevistou profissionais de saúde na cidade de Ribeirão Preto (SP), que eles dizem que não têm capacitação suficiente para realizar esse tipo de trabalho, nem um ambiente que promova uma estrutura física adequada para lidar com situações de violência, contudo, sabem da importância do acolhimento integral dessas mulheres.

Segundo Sugg & Inui (1992), os estudos têm mostrado que, mesmo os médicos tendo conhecimento a respeito da questão da violência, muitos deles falham ao não questionar ou tomar alguma atitude perante o fato. Os autores identificam algumas barreiras que prejudicam uma atuação eficaz dos médicos diante dos quadros de violência: *probabilidade de se identificarem com seus pacientes*, o que dificulta a possibilidade de incluírem em seu diagnóstico casos de violência doméstica; *medo de ofender os pacientes*, por acreditarem que se trata de um assunto particular, podendo prejudicar a relação médico-paciente; *sentimento de impotência diante dos abusos e conseqüente perda de controle*, pois decepcionam-se ao se depararem com a inabilidade dos pacientes em controlarem suas próprias vidas, e também com a impossibilidade deles controlarem os comportamentos dos pacientes; e, por último, *a falta de tempo*.

Peltzer & Mabeba (2003) ratificam os autores afirmando que os médicos não exploram a violência de gênero por medo de perder tempo, por falta de conhecimento acerca do assunto e por sentirem-se incapazes de solucionar a situação. Além disso,

afirmam que, algumas vezes, as mulheres podem não revelar a situação em que se encontram pela antipatia e hostilidade dos médicos, no entanto, expressam o desejo de serem questionadas sobre os abusos domésticos com a intenção de receber informações e opções sobre suas possibilidades de defesa frente aos agressores.

Rodríguez-Bolaños, Márques-Serrano e Kageyama-Escobar (2005) afirmam que, apesar das mulheres procurarem os serviços de saúde para tratar de sintomas físicos ou psicossomáticos, demandas comuns de mulheres em situação de violência, é freqüente que os profissionais não identifiquem a violência doméstica. De acordo com os estudos supracitados, os autores também destacam algumas barreiras que impedem a identificação e encaminhamento dos casos de violência doméstica ao exporem que os médicos consideram um problema de caráter privado e, por isso, temem ofender suas pacientes caso as questionem sobre a violência; temem por sua segurança pessoal; não querem se envolver com questões judiciais; desconhecem locais para encaminhar essas mulheres; não acreditam que o serviço de saúde seja um local adequado para tratar casos de violência; além de destacarem que os profissionais tendem a desconfiar de que as mulheres não estejam falando a verdade e que suas atitudes podem não contribuir para solucionar o problema. Além das barreiras criadas pelos médicos, os autores apresentam algumas barreiras institucionais, considerando que a instituição não dá suporte ao atendimento; há falta de espaços privativos para realizar consultas, além da falta de capacitação dos profissionais. Destacam, também, que as normas de atenção estabelecidas, que contemplam identificação, valorização do risco, fortalecimento, orientação, referência e registro, não estão sendo completamente cumpridas, pelos motivos destacados acima e também porque há falta de apoio das autoridades institucionais.

Esses profissionais acabam por se tornarem, muitas vezes, negligentes com seus pacientes, pois existe a "crença dos profissionais de que se trata de um problema do âmbito privado, ou o fato de não se sentirem preparados para abordá-lo ou não saber como fazê-lo" (SANTOS, 2003, p.19).

Nos últimos anos, a maioria dos países tem tentado modificar a resposta dos serviços de saúde em relação à violência. Segundo a Norma Técnica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), a maioria das mulheres, em algum momento da vida, procura esses serviços. Esse fato "coloca serviços e profissionais de saúde em lugar de destaque, onde as mulheres que sofrem abuso podem ser identificadas, receber assistência e, se necessário, ser encaminhadas a serviços especializados" (BRASIL, 2005, p.8).

Schraiber e D'Oliveira (1999) nos apontam para o fato de que mulheres em situações de violência física e sexual utilizam mais os serviços de saúde. Porém, os profissionais não identificam ou não registram a violência nos prontuários médicos como parte do atendimento realizado.

Sendo assim, as estratégias do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) para com esses profissionais são capacitá-los e equipar os serviços para diagnosticar os casos de violência e promover uma assistência adequada, ampliando e desenvolvendo serviços especializados ou de referência. Além disso, "a atualização das condutas e indicações aponta para a valorização do **acolhimento**, das estratégias de adesão e consolidação da eficácia das abordagens" (p.8) [grifo nosso], tornando-os, assim, mais eficientes, além de aconselharem que esse atendimento seja realizado por uma equipe multidisciplinar, na qual todos os profissionais envolvidos estejam sensibilizados e familiarizados com a questão da violência contra a mulher.

Segundo Schraiber *et al.* (2002), os serviços de saúde têm fundamental importância para a pesquisa sobre a problemática apresentada neste trabalho. Para os autores é fundamental que haja condições em que as situações de violência enfrentadas possam emergir. Para isso, é necessário criar uma cultura institucional que respeite as usuárias, disponibilizar mais tempo para o profissional poder *escutar* e estabelecer um *diálogo* com a paciente, o serviço deve se mostrar preocupado e implicado com a problemática, os profissionais precisam estar cientes da dimensão da violência e ter conhecimento sobre suas conseqüências para a saúde da mulher e detectar alternativas para lidar com esses casos, as usuárias devem ser acolhidas e respeitadas se tiverem vergonha de sua condição, a privacidade e a confidencialidade devem ser garantidas por esses profissionais.

Escutar e estabelecer um diálogo entre pessoas é um processo que, por mais simples que possa parecer – pois todos nos comunicamos com o mundo por meio da linguagem – se analisarmos a fundo, verificaremos que, entre os seres humanos, é um processo muito complexo. Entre o emissor, o sujeito que fala, e o receptor, o sujeito que ouve, há um canal. O processo de comunicação, segundo Habermas (1989), compreende três aspectos fundamentais: quando o falante diz algo, deve-se levar em conta que ele não está se referindo apenas ao mundo objetivo, ao mesmo tempo estão inseridos nesta fala todo o mundo social e subjetivo do sujeito. O subjetivo é dotado de maior complexidade, pois apenas o próprio sujeito tem acesso privilegiado a ele; enquanto o ouvinte, ao mesmo tempo, recebe a informação, interpretando-a, a partir de seus próprios mundos. Sendo

assim, para o autor, "podemos ver agora por que 'dizer algo a alguém' e 'compreender o que é dito' se baseiam em presunções mais complicadas e muito mais pretensiosas do que simples 'dizer (ou pensar) o que é o caso'" (HABERMAS, 1989, p.42).

Todo este canal, que é composto por esses três mundos: o objetivo, o social e o subjetivo, definem o processo de comunicação. O falante escolhe suas palavras e seus atos esperando que o ouvinte compreenda sua intenção, enquanto o receptor ouve a mensagem que a ele é passada imaginando e supondo o que o emissor está dizendo. À subjetividade e ao social é que se deve a complexidade da comunicação humana.

No caso específico da violência doméstica, Schraiber *et al.* (2003) nos chama atenção para o fato de que a linguagem entre profissional e usuária são muito diferentes, o que os autores expressam como sendo um aspecto fundamental para a dificuldade de se trabalhar com a temática. Há um grande espaço entre o que os profissionais entendem como sendo um problema de saúde e o que as usuárias buscam nos serviços. Conforme nos expõem:

> […] a dificuldade de expressar a violência vivida também é problemática da comunicação nas relações interpessoais, pela ausência de linguagem comum que dê conta de tornar esse vivido parte dos problemas que os profissionais de saúde concebem como atinentes à sua intervenção. Da perspectiva das mulheres usuárias dos serviços esta problemática se traduz em termos de "contar de modo a ser compreendida / acolhida" pelo profissional (SCHRAIBER *et al.,* 2003, p. 45). [grifo nosso].

Sendo assim, as demandas trazidas por usuárias que freqüentam os serviços de saúde, normalmente, não têm lugar reconhecido entre os profissionais, pois não existem canais de expressão ou de comunicação entre eles, por falta de códigos de linguagem e nomeações próprias a respeito desta questão. A dificuldade de se revelar e a falta de linguagem para tratar da violência cometida contra a mulher refletem no assistencialismo que a elas é destinado na relação usuária-profissional. A dinâmica regente na situação é: *a mulher não fala e os profissionais não perguntam*, denunciando a dificuldade da comunicação, o silêncio e a invisibilidade do problema como conseqüências de medo, vergonha, preconceito ou descrédito de ambas as partes.

Por meio da afirmação apresentada pelos autores, vemos mais uma vez destacada a necessidade de acolhimento a essas mulheres. Segundo Machado (2004), o acolhimento é a fase inicial de todo o processo, pois apenas o fato da mulher sentir-se como tal

proporciona-lhe paz, tranqüilidade e alívio. “Compreende-se que o efeito de ouvir permita que a dor seja trazida e exposta. Quando exposta, torne-se conhecida e, quando conhecida, passível de ser manejada” (p.101).

O manejamento dessa dor pode ser destinado aos profissionais de saúde mental, todavia, “as ações de saúde começam no momento em que a usuária entra na instituição, e todas as relações que ela estabelece com os diferentes profissionais podem vir a ser terapêuticas ou pelo menos marcar o início do tratamento” (PEDROSA, 2003, p.45). Sendo assim, é possível para qualquer um desses trabalhadores da área da saúde acolher essas mulheres em situação de violência. Principalmente se considerarmos que “em um primeiro momento, o mais indicado seria que a mulher fosse ouvida e acolhida pelo profissional que ela escolheu como interlocutor” (PEDROSA, 2003, p.54).

As mulheres que buscam os serviços procuram alívio para suas dores causadas pelas seqüelas da violência sofrida, não necessariamente físicas, mas, por vezes, *feridas na alma*, pois “todo o sofrimento que levam aos serviços de saúde é potencialmente doença, e como tal pode e deve ser diagnosticado e tratado com base em um saber científico e, portanto, bastante legitimado” (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 1999, p.21), esperando-se que sua demanda seja atendida, ou, ao menos, ouvida. É importante ressaltarmos que não estamos tomando a violência como uma doença, mas as dores que acometem essas mulheres são por elas consideradas demandas de serviços de saúde, e os profissionais devem ser sensíveis ao fato.

As autoras ainda apontam para o fato de que são realizados encaminhamentos unilaterais, ou seja, o profissional de saúde que trata da mulher a direciona para um serviço de psicologia que ainda hoje é estigmatizado, muitas vezes considerado pela usuária “um atestado de que o problema é exclusivamente seu e que seu funcionamento subjetivo estaria alterado de alguma forma (doença da cabeça)” (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 1999, p.24). Cada pessoa necessita de um tempo para internalizar e compreender as informações que são passadas, pois a “conversa ou informação que acontece hoje fará sentido ou será utilizada pela usuária meses, ou anos depois, a depender do seu processo e das suas condições objetivas” (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 1999, p.24).

Temos, portanto, três aspectos que justificam a invisibilidade da questão da violência para os serviços de saúde: 1) as mulheres não se queixam diretamente sobre o problema para os profissionais; 2) esses profissionais têm ciência da questão, no entanto, não se sentem suficientemente capacitados para dar um devido atendimento a essas

mulheres; 3) faltam canais de comunicação entre usuária-profissional que possibilitem um entendimento sobre a problemática.

Diante disso, Schraiber *et al.* (2002) propõem algumas estratégias para os serviços de saúde: *escutar* a queixa da usuária e suas expectativas em relação ao atendimento; procurar *entender* seu problema, sem julgar ou agir com preconceitos; ajudá-la a desenvolver um mapeamento dos locais mais próximos onde pode procurar ajuda e fazer um plano para situações emergenciais; esclarecer todos os riscos a que ela está sujeita; fazer com que ela compreenda que a situação de violência é muito comum, e que está associada a relações desiguais de gênero; buscar alternativas para modificar sua situação atual; respeitar os limites dessa mulher.

A SPM (BRASIL, 2005a), em concordância com as autoras, propõe que seja realizada a *escuta ativa*, por meio da qual o profissional deve interessar-se pelo discurso, demonstrando à pessoa que ela realmente está sendo ouvida. É importante destacar que esse tipo de atuação pode ser feita por qualquer profissional de saúde, pois não é uma terapia, "é uma maneira solidária de administrar o diálogo, de forma a ajudar a pessoa escutada a restaurar um laço de confiança, na medida em que se sinta compreendida e respeitada" (p.49).

Escutar, entender, evitar julgar, apontar possibilidades, discutir e respeitar faz parte de todo um processo de acolhimento que deve ser realizado com essas mulheres em situação de violência, no entanto, o que pudemos perceber é que esse acolhimento não está sendo realizado, pelas barreiras destacadas, por falta de canais de comunicação, uma adequada capacitação e estrutura física.

Portanto, constatamos a importância do processo de comunicação para o atendimento às mulheres em situação de violência e considerando-se o médico locado nas unidades de saúde, como mediador e interlocutor, que por meio do contato com elas torna-se fundamental não apenas para diagnosticar e cuidar, como para desenvolver possíveis intervenções ou encaminhamentos. Sendo assim, acreditamos que um passo importante a ser dado é compreender a atenção desses profissionais que estão diretamente em contato com essas mulheres sobre a problemática da violência doméstica contra elas, além de verificar como eles as acolhem e as encaminham.

Capítulo 4
Objetivos da Pesquisa

4.1 Objetivo geral

Estudar a percepção dos médicos atuantes nas Unidades Básicas Distritais de Saúde de Ribeirão Preto -SP, sobre a questão da violência praticada contra mulheres por parceiros íntimos no âmbito da saúde.

4.2 Objetivos específicos

1. Verificar o entendimento dos médicos sobre as relações de gênero;
2. Averiguar a percepção dos médicos acerca da violência contra a mulher;
3. Descrever as percepções sobre a atuação médica diante de mulheres em situação de violência;
4. Investigar a percepção desses profissionais sobre o acolhimento e o encaminhamento a elas destinado;
5. Levantar as dificuldades apresentadas ao atenderem essas usuárias em situação de violência.

Capítulo 5
Material e Métodos

Essa dissertação é parte integrante do projeto de pesquisa intitulado: *A interface entre a ocorrência e o atendimento de violência de gênero entre mulheres usuárias dos serviços de saúde da rede pública de Ribeirão Preto* (VIEIRA *et al.*, 2005). Este tem por objetivo geral estudar a prevalência de casos de violência contra a mulher entre usuárias de serviço de saúde do setor público de Ribeirão Preto; conhecer suas características e as percepções das usuárias com relação ao atendimento recebido dos profissionais de saúde.

Ao realizarmos uma pesquisa em unidades públicas de saúde, valemo-nos dos pressupostos de Deslandes & Gomes (2004) de que haveria uma relação entre serviços de saúde e pesquisa, a qual pode ser abordada de duas formas.

Na primeira, os serviços podem servir de *cenários de pesquisa*, ou seja, permitem a investigação das mais variadas representações de saúde–doença–atenção que os permeiam, conforme o interesse de pesquisa. Tais representações são construídas e modificadas a partir das interações dos sujeitos em suas práticas do dia-a-dia, portanto, para compreendê-las é necessário voltar à atenção do pesquisador aos atores sociais que compõem os serviços de saúde.

Na segunda forma, os serviços são considerados como o próprio *objeto de pesquisa*, tidos como instituições a serem investigadas. A partir desse referencial, a atenção se volta à organização interna dos grupos e às razões que pautam suas práticas, ou seja, diferente da anterior, que se utiliza da representação baseada nos afetos, nas expressões e nos pensamentos dos atores envolvidos. Aqui, a investigação pode ser realizada por meio da lógica de funcionamento da organização, permitindo constatar os pensamentos, a linguagem, as hierarquias, os ritos, etc., que constituem o interesse da pesquisa.

Diante dessas duas maneiras de abordar os serviços de saúde e a pesquisa, destacadas pelos autores, nosso estudo se aproxima da primeira noção, de que os serviços de saúde são *cenários de pesquisa*. Em virtude da natureza do fenômeno por nós investigado: a percepção dos médicos que atuam nas unidades básicas e distritais de saúde de Ribeirão Preto sobre a questão da violência doméstica praticada contra a mulher, optamos por realizar uma pesquisa de cunho qualitativo.

Em sua definição, Chizzotti (2006, p.28) afirma que: "tais pesquisas serão designadas como qualitativas, termo genérico para designar pesquisas que, usando, ou não, quantificações, pretendem interpretar o sentido do evento a partir do significado que as pessoas atribuem ao que falam e fazem".

Segundo Maykut & Morehouse (1994), a pesquisa qualitativa visa a capturar as atitudes e as falas das pessoas ao compreender que elas descrevem sua interpretação sobre o mundo.

Minayo (2001, p.21) complementa essa definição ao expressar que a pesquisa qualitativa:

> […] trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Desta forma, a pesquisa qualitativa volta-se para os aspectos subjetivos, que nos permitem aprofundar nas redes de significações das ações e relações humanas, para compreender a realidade experenciada e vivenciada.

Sendo assim, nosso estudo buscou compreender, por meio do método qualitativo, as subjetividades que permeiam as percepções dos médicos acerca da problemática levantada. Segundo nos colocam Uchimura & Bosi (2004), a qualidade apresenta-se em duas dimensões: uma objetiva, por meio da qual é possível medir e quantificar atributos como tempo de espera ou o fluxo de pacientes em um serviço de saúde. A outra, subjetiva, à qual está voltado nosso foco, situa-se no espaço das emoções, das vivências, dos sentimentos, dos significados que não podem ser quantificados, pois revelam singularidades e variam entre os indivíduos. Dessa forma, nosso intuito foi apreender as experiências vivenciadas pelos sujeitos, em especial os médicos, ao entendê-los como atores sociais, uma vez que fazem parte deste cenário dos serviços públicos de saúde.

Os autores complementam que a noção da dimensão subjetiva do qualitativo está intrinsecamente relacionada ao profundo e ao particular. Portanto, é essencial a utilização de uma estratégia que possibilite aproximar-nos dos sentidos dos fenômenos, sem deixar de considerar sua complexidade e o valor de seu conteúdo. A partir daí, situamo-nos no espaço da intersubjetividade, definida por Uchimura & Bosi (2004, p.94) como "[…] espaço do encontro entre a subjetividade que se inscreve na vivência dos informantes e na vivência do próprio pesquisador, por meio das compreensões e interpretações compartilhadas".

De acordo com Holanda (2003), a investigação qualitativa dá acesso ao *mundo privado e subjetivo* do homem. Para tanto, leva em consideração as manifestações humanas e sociais, o que, por intermédio de uma metodologia quantitativa, não seria possível

atingir. Ao buscar compreender o mundo subjetivo do ser humano, visamos aos *fenômenos* vividos pelos sujeitos, ao contrário da ciência tradicional, que se baseia em *fatos*, definidos como aspectos que podem ser medidos de maneira sistemática e objetiva.

Martins & Bicudo (1994, p.21) esclarecem que fenômeno "vem da expressão grega *fainomenon* e deriva-se do verbo *fainestai*, que quer dizer mostrar-se a si mesmo". Tal noção vale-se de sentido ao ser situada em um contexto específico, ou seja, só desvendaremos o fenômeno por alguém que o vivenciou e que, em suas palavras, descreveu esse fenômeno.

Encontramos em González Rey (2002) um modelo sintético de uma epistemologia qualitativa, tendo como base três princípios fundamentais.

O primeiro deles diz respeito ao *conhecimento como uma produção construtiva-interpretativa*, ou seja, produzir conhecimento não se dá por uma somatória de fatos destacados por observações imediatas de uma investigação empírica, mas pelo aspecto interpretativo ocorrido diante da necessidade de dar sentido e significado ao sujeito de nossa pesquisa. Sendo assim, interpretar diz respeito a integrar, reconstruir e apresentar as elaborações a partir de variadas vertentes que englobam a pesquisa. A partir dessa premissa, a pesquisa qualitativa se propõe a ir além de uma confirmação ou de uma verificação empírica de dados.

O segundo princípio refere-se ao *caráter interativo do processo de produção do conhecimento*, isto é, para que seja possível compreender os fenômenos humanos é necessário considerar a relação entre pesquisador-pesquisado. Essa relação é permeada por um sistema de comunicação humana que está sujeito a imprevistos, que devem ser considerados como significativos para produzir conhecimento. Além disso, são valorizadas as situações informais que ocorrem antes, durante e depois do processo de interação da investigação como fontes de informações relevantes.

O terceiro aspecto destacado pelo autor diz respeito à *significação da singularidade como nível legítimo da produção do conhecimento*, atribuindo valor de forma única e diferenciada à subjetividade de cada participante. Dessa forma, produzir conhecimento de cunho qualitativo não diz respeito, necessariamente, a obter informações de uma grande quantidade de indivíduos, mas valoriza a qualidade manifesta por cada um dos participantes.

5.1 Instrumento

Ao considerarmos que uma pesquisa qualitativa necessita um método que possa capturar a linguagem e o comportamento dos participantes (MAYKUT; MOREHOUSE, 1994), e ao pensar nas propostas dessa pesquisa, a técnica mais adequada para termos acesso aos relatos dos participantes foi a entrevista, definida por Turato (2003, p.308) como:

> […] um instrumento precioso de conhecimento interpessoal, facilitando, no encontro face a face, a apreensão de uma série de fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial do todo da pessoa do entrevistado e, de certo modo, também do entrevistador.

A entrevista qualitativa é uma conversa direcionada, pela qual o pesquisador pode obter perspectivas, experiências e sentimentos dos entrevistados. Além de ser uma maneira para nos apropriarmos da realidade dos participantes, visto que sua linguagem e sua visão de mundo podem ser apreendidas por meio da entrevista (SILVERMAN, 1997).

Seu objetivo é produzir os sentidos dos participantes com a tarefa de evitar ao máximo atribuir pressupostos e suposições do pesquisador acerca do que o entrevistado descreverá. É necessário considerar que a pesquisa deve manter-se flexível uma vez que os conceitos e as variáveis que poderão surgir no contexto da entrevista podem ser muito diversos daqueles formulados e previstos inicialmente (BRITTEN, 2005).

O autor destaca que a entrevista pode ser de três tipos diferentes: *estruturada*, utilizando-se um questionário fechado, geralmente com opções de respostas fixas e padronizadas. *Semi-estruturada*, conduzida baseada numa estrutura menos rígida consistindo em questões abertas sobre a área pesquisada, que pode divergir para outros aspectos com o intuito de clarear uma idéia ou uma resposta com maiores detalhes. *Em profundidade*, caracterizada por ser menos estruturada do que a anterior, cobrindo apenas um ou dois aspectos com muito mais detalhes.

Para compreender a percepção dos médicos que atuam nas unidades básicas e distritais de saúde de Ribeirão Preto sobre a questão da violência doméstica praticada contra a mulher, utilizamos a entrevista semi-estruturada, que segundo Spink (2004, p.100), nos permite:

> Dar voz ao entrevistado, evitando impor as preconcepções e categorias do pesquisador, permite eliciar um rico material, especialmente quando este é referido às práticas sociais relevantes ao objeto da investigação e às condições de produção das representações em pauta.

Essa técnica tem como característica particular certos questionamentos básicos (roteiro pré-concebido) de interesse da pesquisa e, posteriormente, abre um campo de interrogativas que configura um espaço para novas hipóteses surgidas no decorrer da entrevista, a partir das informações apresentadas pelo participante.

Segundo Maykut & Morehouse (1994), ela permite que haja uma compreensão mais aprofundada da problemática estudada; possibilita identificar fenômenos inesperados e entender os processos pelos quais as ações e os eventos ocorrem; o diálogo entre entrevistado e participante é mais flexível, o que torna possível o estabelecimento de uma relação de confiança, gerando dados mais ricos.

Esse tipo de entrevista nos permitiu ter acesso a dados e informações mais acurados e profundos ao adaptá-la às especificidades de cada participante.

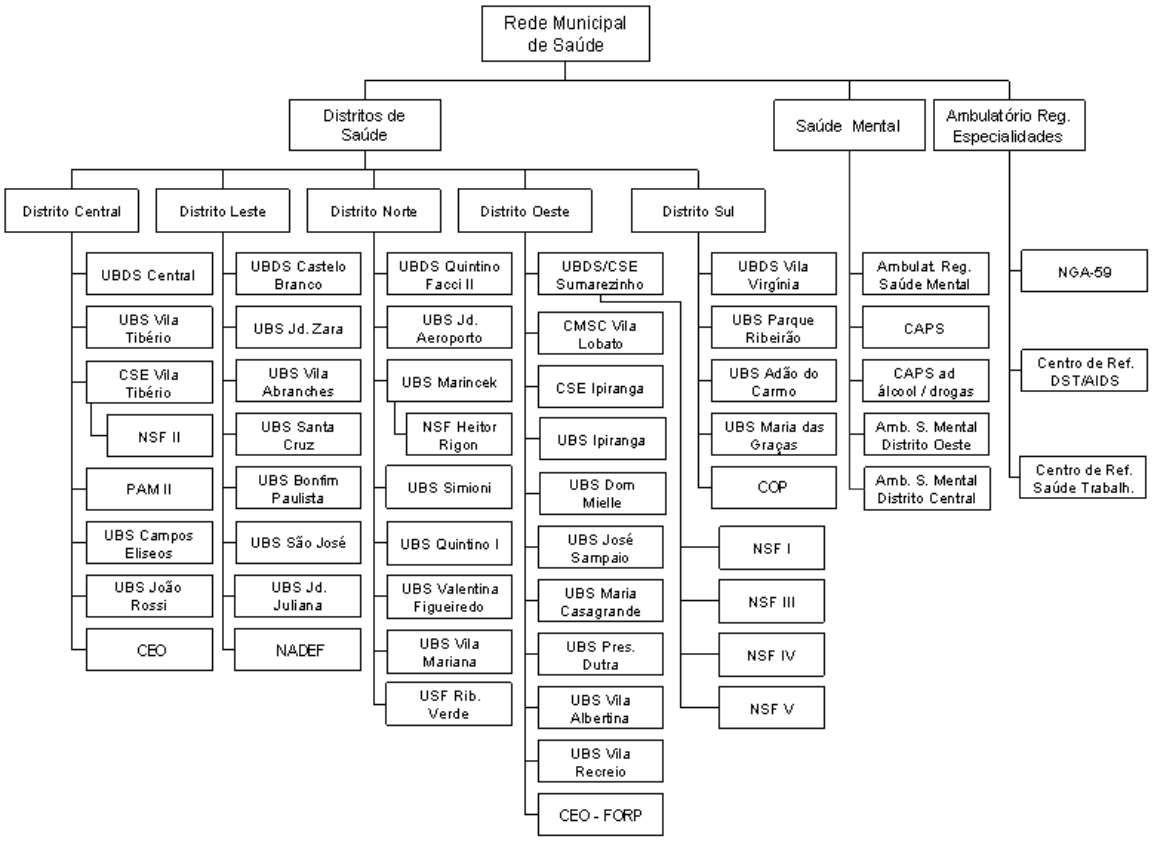
O roteiro da entrevista (ANEXO A) foi desenvolvido a partir de vários autores que destacam as dificuldades dos médicos para lidar com a problemática por nós estudada, tais como: Sugg & Inui (1992), Lamberg (2000), Ramsay *et al.* (2002), Rodriguez *et al.* (2001), Santos (2003), Vieira *et al.* (2005). Contempla, além das informações básicas sobre sexo, idade, tempo de formação, especialização, área de atuação e atividades desenvolvidas; a percepção das relações de gênero; a percepção sobre a violência doméstica contra a mulher; a atuação profissional diante da violência doméstica; e conhecimentos jurídicos para possíveis encaminhamentos. Foi cuidadosamente elaborado para buscar extrair dos participantes suas percepções, suas significações e opiniões sobre a violência doméstica contra a mulher.

Descreveremos a seguir nosso universo amostral.

5.3 Universo amostral

Os dados foram coletados nas Unidades Básicas e Distritais de Saúde, que fazem parte da Rede Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP. A seguir, a título de esclarecimento, faremos uma breve descrição sobre os locais onde foram coletados nossos dados, com base nas informações fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS, 2007). A Rede Municipal de Saúde de Ribeirão Preto que conta com estrutura apresentada a seguir:

Organograma das Unidades de Saúde



O município está dividido em cinco Distritos de Saúde (Norte, Sul, Leste, Oeste e Central), além de Saúde Mental e Ambulatório Regional de Especialidades. Cada um desses Distritos conta com várias Unidades de Saúde, a principal é denominada de Unidade Distrital de Saúde.

Nosso estudo foi desenvolvido nas cinco Unidades Distritais de Saúde de Ribeirão Preto: UBDS Central (Distrito Central), UBDS Castelo Branco (Distrito Leste), UBDS Quintino Facci II (Distrito Norte), UBDS/CSE Sumarezinho (Distrito Oeste), e UBDS Vila Virgínia (Distrito Sul), que oferecem os serviços de atendimento de emergência, atendimento básico e atendimento de especialidades.

Segundo nos destacam Maykut & Morehouse (1994), os participantes de uma pesquisa qualitativa devem ser cuidadosamente selecionados para que o fenômeno a ser estudado possa ser melhor compreendido. Assim, os profissionais de saúde que participaram da pesquisa são médicos clínicos gerais ou ginecologistas-obstetras, por serem essas as especialidades que apresentam maior contato com mulheres em situação de violência, pois, conforme já abordamos, essas usuárias chegam às Unidades de Saúde com

queixas de dores crônicas, distúrbios psicossomáticos, lesões físicas e problemas relacionados à saúde reprodutiva, entre outros, devido às agressões sofridas.

Nossa amostra foi composta por médicos que satisfizeram os seguintes critérios:

1. Trabalhar nas Unidades Básicas e Distritais de Saúde de Ribeirão Preto;
2. Atender mulheres;
3. Ser clínicos gerais ou ginecologistas-obstetras;
4. Estar de acordo em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B).

Por ser uma pesquisa de cunho qualitativo, conforme esclarecemos anteriormente, o critério que priorizamos para definição de nossa amostra não foi aleatório, já que nossa preocupação está voltada ao aprofundamento e à compreensão dos aspectos subjetivos do que propomos estudar. Para cessar a fase de coleta de informações, utilizamos o recurso de saturação, o qual considera que a repetição dos dados coletados como um momento ideal de interrupção da coleta (KRUEGER, 1994).

Fontanella *et al.* (2008, p.17) afirmam que a saturação ocorre quando: "as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados". Ou seja, a coleta extingue-se quando as informações tornam-se redundantes ou repetitivas demais.

5.3 Operacionalização

Para realizar um estudo é necessário que o pesquisador planeje detalhadamente sua entrada em campo, para tanto, é necessário prever questões burocráticas, tempo de execução, adequação ao local, eficácia do instrumento, maneira de contatar os participantes, entre outros.

Turato (2003) nos define operacionalização como:

> […] um conjunto de execuções (providências práticas), em sua maioria previamente pensadas, as quais são conjugadas no campo, precisamente no momento e no local onde o pesquisador contactua os sujeitos e recolhe os dados, vindo assim a dar corpo ou viabilizar o que chamamos de técnica (p.322).

Nesta pesquisa, a coleta de dados realizou-se em dois momentos: primeiramente, o pré-teste do roteiro de entrevista e, posteriormente, a entrevista propriamente dita.

Apoiando-nos nos pressupostos de Maykut & Morehouse (1994), optamos por realizar nossa coleta nas Unidades de Saúde, visto que o ambiente natural é o melhor local para compreender o fenômeno no seu contexto.

Dividimos o trabalho de campo em cinco etapas: 1) aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da FMRP-USP (ANEXO C); 2) autorização institucional; 3) pré-teste do instrumento; 4) seleção dos entrevistados conforme os critérios definidos; 5) realização das entrevistas oficiais.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas ministradas de forma individualizada, em local seguro e privado para preservar a integridade dos participantes.

5. 3.1 Pré-Teste

Ao concluirmos a primeira versão do roteiro da entrevista, consideramos necessária a realização de um pré-teste, o qual, segundo Lutz (1981) e Ghiglione & Matalon (1992), visava a verificar:

1. Se todas as questões foram compreendidas integralmente, como previsto, ou seja, se o vocabulário utilizado e a formulação das questões estavam claros;
2. Se a ordem das questões seguia um caminho, isto é, se entre as questões levantadas não houve rupturas bruscas de assuntos e, ainda, se alguma questão teve influência sobre a resposta das próximas;
3. Se existiam questões desnecessárias, ou porque faltavam informações complementares para interpretar as respostas, ou por tornar o questionário demasiadamente longo;
4. Se os participantes faziam objeção ou evitavam responder claramente a alguma questão;
5. A reação dos entrevistados após finalização, isto é, se o consideravam muito longo, se as questões abordadas não feriam valores pessoais.

Além das verificações sobre o roteiro da entrevista, o pré-teste nos permitiu:

1. Avaliar a forma de escolher e contatar os entrevistados; se havia muitas recusas, reformulávamos a forma de aproximação aos participantes.

2. Verificar as condições eram adequadas para a realização da entrevista, ou seja, se o local era reservado, sem influências externas; o que poderia comprometer a coleta dos dados.
3. Verificar as dificuldades da prática;
4. Realizar uma primeira análise dos dados obtidos, para situarmos como seriam descritas as categorias de análise.

É importante ressaltar que, ao se tratar de uma pesquisa qualitativa, Turato (2003, p.316) esclarece:

> No caso da investigação qualitativa, porém, haja vista termos o pesquisador-como-instrumento, nesta fase da pesquisa é o próprio entrevistador que passaria por uma aquisição de experiência e por uma avaliação de sua adequação antes de coletar os dados propriamente planejados.

Este processo permite ao pesquisador *ambientar-se* e *aculturar-se* ao campo de pesquisa. *Ambientação* diz respeito à adaptação na instituição onde será feita a pesquisa, busca conhecer os sujeitos que fazem parte daquele local, sua distribuição espacial de tarefas, assim como o arranjo cronológico. Já o processo de *aculturação* possibilita uma aproximação psicossocial, mais profunda que o processo anterior, pois, por meio da *assimilação*, o pesquisador entra em contato e passa a conhecer os valores e as normas que regem esse ambiente. Por esses motivos, o autor denomina a fase preliminar, a coleta, propriamente dita, de *entrevistas de aculturação*.

Foram realizados cinco pré-testes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com o objetivo de verificar: o roteiro da entrevista, se havia alguma pergunta constrangedora, não compreendida pelos participantes, desnecessárias e a ordem das perguntas. Além disso, pudemos verificar o tempo da entrevista, a aceitação dos participantes, a forma de contato com eles e com as Unidades de Saúde. O pré-teste nos proporcionou a *aculturação* e a *ambientalização* ao campo da pesquisa.

Os participantes dos pré-testes seguiram os critérios de inclusão adotados na pesquisa, e as entrevistas foram transcritas na íntegra.

Foi possível concluir que o roteiro da entrevista satisfazia aos objetivos da pesquisa, as perguntas e sua ordem haviam sido formuladas de maneira clara e coerente.

O acesso aos participantes ocorreu por intermédio do contato com as gerências das unidades. Apresentamos a cada uma delas uma carta explicativa sobre as intenções e os

objetivos da entrevista. Apenas em duas das unidades selecionadas para a realização do pré-teste encontramos dificuldades, pois era necessário que o projeto fosse previamente aprovado pela gerência da unidade e pelo Comitê de Ética do CSE[7] para que fosse permitido entrevistar os médicos, este processo era lento e extremamente burocrático. Diante dessa situação, preferimos descartar estas unidades.

Além dessas dificuldades iniciais, encontramos barreiras com relação à falta de tempo dos médicos em participar da entrevista. Em um dos casos, marcamos com o entrevistado em outro horário, fora da unidade, para realizar a entrevista. Em outra situação, uma médica nos solicitou que voltássemos no final do expediente para facilitar a entrevista, quando ela estaria mais tranqüila para realizar o pré-teste. Essas dificuldades nos levaram a procurar as Unidades de Saúde em horários menos movimentados, no final do expediente.

5.3.2 Coleta de dados

Após concluídos os pré-testes, iniciamos o trabalho de campo em 20 de junho de 2007 e finalizamos essa etapa em 30 de agosto de 2007. Inicialmente, havíamos previsto que esse processo duraria 4 semanas. Entretanto, diante da série de dificuldades enfrentadas, tivemos de estender o período da coleta dos dados.

Nosso contato inicial com as Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) ocorreu por meio de uma conversa com os gerentes de cada uma das cinco unidades, nas quais apresentávamos as cartas de apresentação (ANEXO D), a aprovação do comitê de ética (ANEXO C), esclarecíamos os objetivos de nossa pesquisa e o trabalho que seria realizado dentro daquela instituição. Além disso, solicitávamos a colaboração de todos para contatar os médicos que seriam entrevistados.

Após esse breve contato com os gerentes, éramos encaminhados para a chefia da enfermagem. Segundo os próprios gerentes, essa seria a maneira mais eficiente para nos aproximarmos dos médicos. Mais uma vez, explicávamos aos possíveis entrevistados nossos objetivos e lhes apresentávamos toda a documentação, para esclarecer às enfermeiras sobre nossa pesquisa e solicitar a elas ajuda para entrar em contato com os médicos. Em apenas uma das unidades não fomos encaminhados ao serviço de enfermagem, pois a própria gerente levou-nos até o médico.

---

[7] Existe um Comitê de Ética alocado no CSE que aprova as pesquisas realizadas nos serviços de saúde da SMS de Ribeirão Preto.

Todo este processo foi muito lento e marcado por vários empecilhos. Inicialmente, o contato com os gerentes era muito difícil. Eles alegavam estar sempre ocupados com reuniões ou outras atividades. Ao nos encaminharem para a enfermagem da unidade, repetíamos todo o processo de apresentação, o que consumia grande parte de nosso tempo na unidade visitada. Quando conseguíamos estabelecer contato com as enfermeiras e solicitávamos a elas que nos auxiliassem na mediação com os médicos, surgiam ainda mais barreiras. Em 20 das 34 visitas que realizamos nas unidades de saúde, não foi possível falar pessoalmente com os médicos, pois não tinham tempo, não estavam presentes nas unidades ou não estavam disponíveis. As enfermeiras, ou os responsáveis, sugeriam que voltássemos outro dia, em outro horário. Além disso, 5 médicos negaram prontamente sua participação no estudo, ao alegarem que não tinham tempo nem interesse em contribuir com nossa pesquisa, pois afirmaram não atender casos de violência.

Outra dificuldade com a qual nos deparamos e que aumentou nosso tempo em campo foi a escolha pelo mês de julho, quando grande parte dos médicos estava de férias, e os que estavam presentes nas unidades recusavam-se a nos receber ou conceder entrevista, pois estavam com a agenda lotada.

Sob supervisão da orientadora, optamos por utilizar outra estratégia. Num primeiro momento, haveria uma tentativa de outro contato com a gerência das UBDS, desta vez realizada pela própria orientadora. Essa estratégia foi bem-sucedida. A partir daí, conseguimos mais alguns participantes. Contudo, com o passar dos dias, as entrevistas se tornaram, novamente, difíceis de serem realizadas. Optamos, então, por outra estratégia: abranger nosso campo de pesquisa, que inicialmente estava previsto para ocorrer apenas em UBDS, incluindo as UBS, considerando que o perfil dos médicos seria o mesmo, tanto em uma, quanto em outra unidade.

O contato nessas UBS foi feito da mesma maneira que nas UBDS: entrávamos em contato com a gerência, apresentávamos nossa pesquisa e solicitávamos acesso aos médicos. A maior facilidade para conseguirmos as entrevistas nas unidades básicas ficou clara logo na primeira visita, pois além de nos receberem com mais cordialidade, os médicos estavam mais acessíveis, uma vez que o fluxo de pacientes nesses locais é menor. Finalmente, conseguimos concluir nossa coleta de dados.

Diante das dificuldades obtivemos um total de 14 entrevistas de profissionais mais sensibilizados ao assunto, as quais foram realizadas com o auxílio do gravador, para a transcrição na íntegra, pois, segundo nos coloca Silverman (2005), gravar as entrevistas

facilita a análise dos dados, visto que o pesquisador pode não recordar claramente de detalhes importantes, além de ser possível identificar aspectos específicos dos relatos, e a transcrição na íntegra permite compreender a entrevista como um todo. Cada entrevista foi efetuada após leitura do termo de consentimento devidamente assinado por cada participante. A média de duração de cada entrevista foi de 40 minutos, e foram realizadas nas próprias unidades, em local reservado, livre de interferências externas. Realizar as entrevistas em lugar privado ajuda a garantir que o participante sinta-se confortável para falar abertamente sobre qualquer assunto (SILVERMAN, 1997).

Baseando-nos em Fontanella *et al.* (2008), na medida em que realizávamos as entrevistas, cada uma delas era transcrita na íntegra e pré-analisada, para que fosse possível identificar o momento em que os dados saturaram. "Tendo em vista as questões colocadas aos entrevistados, que refletem os objetivos da pesquisa, essa análise preliminar busca o momento em que pouco de substancialmente novo aparece, considerando cada um dos tópicos abordados (ou identificados durante a análise) e o conjunto dos entrevistados" (p.20).

5.3.3 Perfil dos participantes

O quadro 1 a seguir apresenta o perfil dos médicos que participaram do estudo.

O perfil dos participantes foi delineado conforme os dados obtidos nas entrevistas.

Dentre os 14 entrevistados encontram-se: 8 homens e 6 mulheres com idades variando entre 29 a 57 anos; 12 deles vivendo com parceiro fixo e 2 solteiros; quanto a suas especialidades, 9 eram GO e 5 CM; em relação ao local de trabalho: 3 atuavam no Distrito Leste (2 GOs e 1 CM); 2 no Distrito Sul (2 GOs); 4 no Distrito Central (1 GO e 3 CM); 2 no Distrito Norte (2 GOs); 3 no Distrito Oeste (2 GOs e 1 CM); o tempo de formação dos profissionais variou entre 4 e 36 anos; e por fim, o tempo de atuação na Secretaria Municipal de Saúde variou entre 1 e 25 anos.

Para garantir o anonimato dos participantes, descrevemos algumas características sobre eles que merecem destaque, como: especialidade, sexo, idade, local de atuação. Por exemplo: *GO_1, homem, 40 anos, Distrito sul.*

5.4 Aspectos éticos

Com relação aos aspectos éticos desta pesquisa é importante citar que foram realizadas as entrevistas com médicos que estavam de acordo em participar do estudo e assinaram o termo de consentimento (ANEXO B), elaborado segundo a resolução n° 196/96 sobre a pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, o qual consta: 1. Objetivos da pesquisa. 2. Explicações sobre a forma de participação do possível entrevistado, o tipo da entrevista e o assunto a ser discutido. 3. Esclarecimento de que a entrevista é individualizada, realizada em local seguro e livre de interferências externas para preservar a identidade e integridade do participante. 4. Disponibilização do material para que o participante possa alterar ou omitir qualquer dado citado.

O trabalho de campo iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Deve-se deixar claro que todo o material utilizado na pesquisa é sigiloso e está sobre responsabilidade dos pesquisadores. Os pesquisadores se assegurarão de manter sigilo sobre todas as informações obtidas através das entrevistas com os participantes, bem como seu anonimato e sua privacidade.

5.5 Procedimento de análise dos resultados

Após realizadas as entrevistas, em virtude da natureza do fenômeno que indagamos, utilizamos a Análise de Conteúdo como método para tratar os dados – proposto por Bardin (1977), que a define como um "conjunto de técnicas de análise das comunicações, que

utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens" (p.38). Por meio dela, foi possível estabelecer uma correspondência entre as estruturas semânticas ou lingüísticas e as estruturas psicológicas e sociológicas.

Seu objeto de estudo é a palavra, que caracteriza o aspecto individual e atual da linguagem, ou seja, trabalha com "a prática da língua realizada por emissores identificáveis" (BARDIN, 1977, p.43) e leva em consideração os significados atribuídos pelos sujeitos do estudo ao evento analisado.

Chizzotti (2006) corrobora o autor ao destacar que "nessas análises qualitativas, o pesquisador procura penetrar nas idéias, na mentalidade, nos valores e nas intenções do produtor da comunicação para compreender sua mensagem" (p.116), ou seja, a análise das palavras, frases e dos temas que dão significados ao conjunto, posteriormente, é relacionada com pressupostos do autor, seu embasamento teórico, a literatura que pauta o texto e o contexto sociocultural do entrevistado.

O tipo de Análise de Conteúdo que utilizamos para definir as unidades de codificação foi a *Temática*, que "consiste em descobrir os 'núcleos de sentido' que compõem a comunicação e cuja presença, ou freqüência de aparição, pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido" (BARDIN, 1997, p.105).

O procedimento de análise foi organizado a partir de três pólos cronológicos, definidos por Bardin (1977), apresentados a seguir.

1. Pré-análise: consiste em realizar uma leitura de forma flutuante com o intuito de nos aproximarmos de forma ampla do sentido que foi abordado pelo entrevistado, ou seja, num primeiro momento, por meio da leitura flutuante, o pesquisador toma contato com o material "deixando-se invadir por impressões e orientações" (p.96). Num segundo momento, o contato com o texto vai se aprofundando, permitindo a criação de hipóteses emergentes e as possíveis técnicas a serem aplicadas.

2. Exploração do material: identificação de temas e unidades de significado utilizando-se de codificação, desconto ou enumeração do material. O critério de definição para as unidades é a ordem semântica, que pode ser uma palavra ou um tema.

Em nossa pesquisa, para realizar a codificação, utilizamos a técnica de categorização, que ocorreu com o desmembramento do texto em unidades, ou seja, a classificação dos elementos em categorias que constituem os discursos obtidos nas entrevistas, o que nos forneceu uma representação simplificada dos dados brutos.

O processo por nós utilizado definiu cada categoria a partir do material levantado. Para que a categorização fosse efetuada, seguimos duas etapas propostas por Bardin (1977, p.118): "1) inventário: isolar os elementos e, 2) classificação: repartir os elementos, e portanto procurar ou impor uma certa organização às mensagens".

As categorias devem apresentar certas características: *a exclusão mútua*, em que cada elemento deve pertencer a um aspecto; *a homogeneidade*, cuja organização deve ser realizada por um único princípio de classificação; *pertinência*, na qual a categoria tem de estar de acordo com os objetivos do estudo; *a objetividade e a fidelidade*, em que as diferentes partes do material devem ser codificadas da mesma maneira, estabelecendo-se um critério pré-definido; *a produtividade*, cujo conjunto de categorias deve fornecer resultados férteis.

3. Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: agrupamento de conteúdos convergentes e divergentes, fazendo-se, assim, uma comparação entre as tendências detectadas nos depoimentos.

Destacamos, a seguir, alguns temas que se consolidaram a partir da comparação entre eixos norteadores de nosso roteiro de entrevista e o material que emergiu dos discursos dos participantes.

1. Impressões dos médicos acerca das relações de gênero.
2. Percepção dos médicos sobre a violência.
3. Percepção do papel dos médicos no atendimento da violência contra a mulher.
4. Conhecimentos e informações relevantes sobre a violência doméstica contra a mulher.

Como referencial teórico para dar suporte à análise de conteúdo, utilizamos as noções de gênero e as publicações em saúde pública sobre violência. Esse referencial é capaz de ampliar nossa compreensão sobre a percepção dos profissionais de saúde sobre a violência de gênero, tanto a partir de sua colocação como sujeitos sociais, quanto a partir do que percebem sobre as relações entre homens e mulheres. Nesse sentido, consideramos que essas percepções são orientadoras para sua atuação profissional diante da violência contra a mulher na saúde.

Resultados e Discussão

Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível,
e de repente você estará fazendo o impossível.
São Francisco de Assis

A seguir apresentaremos a análise interpretativa temática das entrevistas realizadas com os médicos participantes da pesquisa. Temos o intuito de caminhar em direção ao objetivo proposto que é compreender a percepção dos médicos que atuam nas unidades básicas e distritais de saúde de Ribeirão Preto sobre a questão da violência doméstica praticada contra a mulher no âmbito da saúde.

Iniciamos nossa análise após a conclusão das transcrições das entrevistas. Fizemos uma leitura "flutuante", para nos aproximarmos dos conteúdos abordados pelos entrevistados de uma forma global, permitindo-nos familiarizar com suas impressões. Após essa primeira leitura, realizamos várias releituras, que nos possibilitaram um aprofundamento nos relatos, assim como destacar alguns eixos norteadores para nossa interpretação. Seguimos nossa análise organizando os dados de acordo com os temas utilizados como base para nosso roteiro de entrevista.

Após concluída essa etapa do processo, elaboramos uma classificação dos conteúdos com o desmembramento dos relatos, com objetivo de contemplar as principais idéias, assim como as estruturas relevantes abordadas pelos entrevistados. Sendo assim, destacamos algumas categorias que se consolidaram a partir da comparação entre os temas norteadores de nosso roteiro de entrevista, baseado na teoria apresentada e o material que emergiu dos discursos dos participantes.

A seguir apresentaremos as categorias e suas respectivas subcategorias:

1 - Percepções dos médicos sobre as questões de gênero.

Essa categoria diz respeito à maneira como os médicos percebem a mulher na atualidade. Está dividida em duas subcategorias: a primeira delas apresenta percepções sobre as conquistas dos direitos sexuais e reprodutivos, voltando-se, principalmente, à liberdade e independência sexual da mulher. A segunda subcategoria abrange a saída da mulher para o espaço público, referindo-se à percepção dos médicos sobre as conseqüências da entrada da mulher no mercado de trabalho.

1.1 A liberdade e a independência sexual da mulher na atualidade.

Essa subcategoria aborda a percepção dos médicos acerca de questões que envolvem as conquistas da mulher na atualidade com relação à sexualidade.

Alguns profissionais apontaram que atualmente a mulher exerce sua sexualidade de forma livre. Esta idéia é abordada nos relatos apresentados a seguir:

> *[...] ela tem como se expressar, né... então eu acho que isso também mudou, né. [...] E a própria expressão da sexualidade deles também... é muito mais evidente agora do que antes. [...] A maneira deles se expressarem mais livremente, mais espontaneamente, com mais liberdade... naturalmente, né.*
>
> *(CM_4, homem, 47 anos, distrito oeste)*

> *A mulher está ocupando um espaço, inclusive, eu poderia te falar assim, né... maior que os homens. Antigamente, não tinha isso, agora sim. [...] Inclusive coisas que... que na minha época eram impossíveis de aceitar, agora estão sendo aceitas. Porque se tem uma evolução, não é. [...] A sexualidade deles despontam muito cedo. Não existe mais aquele tabu que tinha antes. [...] Então inclui... nesse relacionamento sexo, mas sexo sem compromisso. Depois que fazem sexo, depois no dia seguinte ninguém sabe o nome da pessoa... depois cada um vai embora para cada lado e acabou. Antigamente não existia isso não. Os conceitos mudaram.*
>
> *(GO_3, homem, 52 anos, distrito norte)*

De acordo com esses profissionais, ao longo dos anos, a sociedade modificou-se e passou a aceitar padrões comportamentais que em outras épocas não eram permitidos.

Esses resultados inicialmente parecem concordar com os Direitos Sexuais e Reprodutivos da Mulher estabelecidos em diversas conferências internacionais da ONU (1974, 1968, 1979, 1984), apresentados por Freedman & Isaacs (1993), que tem como um de seus princípios básicos a possibilidade da mulher exercer controle sobre sua vida reprodutiva e sobre sua sexualidade, promovendo a igualdade entre homens e mulheres.

Porém, se analisarmos mais cuidadosamente, os médicos afirmam que apesar dessa liberalização sexual da mulher, grande parte da sociedade mantém-se fixada ao modelo machista, denotando um valor negativo a liberalização sexual da mulher, conforme explicitam as passagens abaixo:

> *[...] a mulher tá se libertando **muito** na forma assim dela ter o direito de ter... de escolher quando faz relação, como faz, ter o prazer. Então você vê muito hoje em dia as pacientes vir me perguntar sobre como fazer pra melhorar o sexo, como ter*

> *orgasmo. […] Só que a gente vê assim, elas chegam em casa e elas não tem como falar pro homem. Então, às vezes a gente até pede pro homem vir, pra poder conversar com ele […] eles ficam muito mais constrangidos que as mulheres… de conversar.*
>
> *(GO_4, mulher, 29 anos, distrito central)*

> *Eu acho que de algum jeito, todos os aspectos que abrangem o homem abrangem a mulher também. […] existe o preconceito naturalmente da nossa própria sociedade… ela é mais machista em todos os aspectos. A mulher ainda é discriminada sobre… tudo… tudo… mesmo tudo tendo melhorado, tendo avançado… eu acho que ainda fica aqueles resquícios do machismo, que a mulher fica ainda pra trás.*
>
> *(CM_4, homem, 47 anos, distrito oeste)*

Os médicos relatam que, de fato, existe uma liberdade sexual, a mulher se permite buscar o prazer numa relação e conhecer seu corpo. No entanto, a ideologia machista marcada pelo preconceito e pela discriminação da mulher ainda é muito presente na cultura atual e em seus discursos. Demonstrando desta forma que eles continuam atados no modelo tradicional de gênero.

Nossos resultados estão em concordância com Rocha-Coutinho (2004), ao expor que houve uma rápida mudança em relação às questões sexuais das mulheres, tais como a queda do tabu da virgindade, a tomada de iniciativa por parte da mulher e a busca pelo prazer sexual. No entanto, concomitantemente a essas modificações atuais que permitem à mulher optar por escolhas sexuais, ainda é vigente as atribuições ligadas ao masculino e ao feminino. Segundo a autora: "[…] a mudança parece se situar mais no plano das atitudes desejadas e esperadas do que efetivamente levadas a cabo" (p.14). Ou seja, o lugar ocupado pela mulher oscila entre o direito de exercer a sexualidade livremente e a necessidade de permanecer atada a imagem do ideal feminino. Nossos participantes confirmam esta idéia ao considerarem, por exemplo, que *a mulher tem se libertado muito*. Muito? Perguntamos, porque ela está se libertando muito? Afinal ela não está buscando exercer sua sexualidade de forma livre e autônoma como é colocado nos Direitos Sexuais e Reprodutivos? Este *muito* nos parece um tanto pejorativo e poderia denunciar uma eventual falta de controle das mulheres sobre sua própria sexualidade.

Essa oscilação presente no cotidiano feminino e da sociedade como um todo, parece guiar o discurso de nossos entrevistados ao justificarem a permanência do

comportamento machista como conseqüência das atitudes das próprias mulheres que acabam por reproduzi-lo:

> *Mas tem muita coisa que ainda é engessada ou pela lei, ou porque a gente não cria os filhos direito. O menino não chora… isso não é coisa de menino, não é?… a gente mesmo assim, às vezes tem comportamento machista. É tudo de bom ter um namorado que paga a conta, né… isso é um comportamento machista, não é? … acaba sendo.*
>
> *(CM_1, mulher, 36 anos, distrito central)*

> *Por mais que esteja liberado, por mais que use pílula, por mais que trabalhe fora, por mais que resolva casar mais tarde, ter filho mais tarde, quer dizer, "eu sou, eu posso"… você tem aquela ilusão de que você é e você pode. Mas a gente pode é nada. A nossa sociedade é masculina, por mais que você pinte e doure, eles mandam mais… e a gente acha que eles mandam mais. É a gente que coloca eles nessa posição. E… então é complicado.*
>
> *(GO_8, mulher, 50 anos, distrito leste)*

Segundo os relatos, muitas vezes, são as próprias mulheres que, de certa forma, mantêm os comportamentos machistas, visto que são elas que educam os filhos e os ensinam que *menino não chora*, *menina tem de brincar de boneca*, além de destacarem que a mulher aceita a posição por ela ocupada, sendo diretamente responsável pela manutenção deste padrão desigual.

De acordo com Rocha-Coutinho (2004, p.5): "Desta forma, freqüentemente sem se dar conta, a mulher continua a contribuir para a preservação do esquema machista que prevaleceu na sociedade tradicional e contra o qual ela própria, ainda que amiúde apenas no nível do discurso, se rebelou".

Além disso, um dos pontos mais enfatizados nas falas dos médicos, em todas as entrevistas, diz respeito às conseqüências da liberdade sexual pelas mulheres. Percebe-se a preocupação deles com relação ao aumento da promiscuidade e banalização do sexo na atualidade, o que gera vários problemas, entre eles a disseminação de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), AIDS, gravidez na adolescência, entre outros. As passagens a seguir retratam essa noção:

> *[...] o que assusta a gente é a… principalmente quando você trabalha em periferia, é a promiscuidade sexual. [...] há muito mais incidência de doenças sexualmente transmissíveis, em meninas hoje, em adolescentes praticamente é muito maior do que era no passado.*
>
> *(GO_1, homem, 55 anos, distrito leste)*

[...] eu acho que o excesso de liberdade é ruim, mesmo porque as doenças tão aí... as doenças transmissíveis, a AIDS. [...] muitas mulheres fazem aborto como se fosse um ato, assim... normal... é uma vida [...] o excesso de liberdade... que isso tá prejudicando a sociedade... as meninas [...]

(CM_2, homem, 52 anos, distrito central)

[...] o que essa ascensão trouxe pra ela?... só que eu vejo que a liberdade que ela adquiriu... ah... principalmente as mulheres abaixo de vinte anos tão confundindo essa liberdade com libertinagem, não tão se dando o devido valor que tinham anteriormente. Então eu vejo a imagem da mulher muito desgastada moralmente em relação às mulheres anteriormente. Mas por não saberem... é por não saberem aproveitar dessa liberdade que conquistaram. [...] Eu acho até ótimo o prazer sexual feminino.

(GO_9, homem, 46 anos, distrito norte)

Mas acho que cada vez mais as mulheres estão sendo vistas de forma igualitária mesmo. [...] Ah, eu acho que isso é um... uma faca de dois gumes, né. Porque... pode... quando não é feito com responsabilidades levar a uma série de problemas aí... eu acho que o sexo muito massificado... vulgarizado, com essa liberdade toda que as pessoas têm hoje em dia... e por conta disso, as conseqüências são muito mais do que físicas... gravidez indesejada, DST, tudo mais... tem conseqüência psicológica mesmo, né. E... eu acho que isso por um lado foi bom, porque... desmistificou aquela coisa do... é... sexo é só ali, dentro do casamento... com objetivos procriativos. Tem tempo já que não é assim, né. Né... sexo mesmo porque tá afim... você conheceu uma pessoa, tá afim, vai, tranqüilo... mas a medida que isso perde um pouco os limites, eu acho que pode ser prejudicial sim. [...] Acho que até nisso as mulheres também tão conquistando seu espaço sem seres vistas como... ah... mulheres vulgares... né... fáceis... isso tá sendo mais bem aceito, mas acho que ainda pro homem é muito mais fácil, né. E até... deles é cobrado isso, né. Ser o cara, ser o garanhão, ser o pegador.

(GO_5, mulher, 30 anos, distrito oeste)

Os médicos afirmam que, a partir da liberação sexual, as mulheres passaram a buscar o sexo por prazer, ou, muitas vezes, como uma maneira de mostrarem-se em pé de igualdade com os homens, o que acabou por gerar uma confusão, na qual a *liberdade tornou-se libertinagem*. Os valores morais, antes impostos, não são mais aceitos. A imagem das mulheres está desgastada, pois ao alcançarem a tão almejada igualdade entre os sexos, não foram capazes de "dosar" o que poderia ser benéfico ou prejudicial para elas. Podemos constatar também, a partir da fala desses profissionais, que cada vez mais as conseqüências de um sexo não-responsável vêm causando uma série de danos à saúde, principalmente em virtude da disseminação das DSTs e AIDS. Porém, se recorrermos à literatura, verificaremos que esses discursos podem não condizer com a realidade, pois,

segundo nos aponta Lisboa (s/d), nos últimos anos houve uma feminização da epidemia de AIDS, visto que as mulheres, devido à posição ocupada na sociedade, ordenada pelas relações de gênero, por meio da qual são consideradas inferiores e submissas, buscam na maioria das vezes satisfazer o parceiro em detrimento de si mesmas. A autora aponta como um dos principais fatores de vulnerabilidade e risco é ter um companheiro fixo, pois nas relações desiguais de poder, a mulher não tem autonomia para buscar sua proteção, é comum o discurso feminino que coloque o parceiro ocupando uma posição superior: *o que o meu companheiro vai pensar de mim se eu quiser usar preservativo?* Mais uma vez aqui deparamo-nos com profissionais atados aos modelos tradicionais de gênero, que reproduzem um discurso ideológico e machista.

Ao que parece, estes discursos apontam para aspectos relacionados à medicalização do corpo feminino, que segundo Vieira (2002) diz respeito à apropriação tanto do corpo, quanto de outros aspectos da vida cotidiana pela ciência médica, buscando assegurar sua conformidade às normas sociais. A função do médico vai além da cura uma vez que está voltada à política e transmissão de normas. Ou seja, o médico passa a ser um educador e guardião da moral e dos bons costumes, é detentor de um discurso disciplinador marcado por uma relação assimétrica de poder, tal qual as relações de gênero. Essa posição ocupada por este profissional sustenta-se pela "ideologia introjetada nos usuários, que concorda e legitimam a autoridade profissional" (D'OLIVEIRA, 2000, p.84). E, como nos apontam Heilborn & Gouveia (1999), tal discurso permanece presente mesmo quando esses profissionais apresentam uma postura de capacitar seus pacientes para uma maior autonomia com os cuidados à saúde e medidas preventivas.

O relato dos profissionais aponta para variados aspectos sobre a liberdade e independência sexual da mulher atual. Iniciamos abordando a fala dos médicos sobre a conquista do exercício da sexualidade de forma livre. Entretanto, declaram que esta conquista é acompanhada da ideologia machista, carregada de preconceito e discriminação, sendo, muitas vezes reproduzida não apenas pelos homens, mas, em grande parte, pelas próprias mulheres e pelos próprios profissionais. Afirmaram, também, que como conseqüência dessa liberação sexual, as mulheres, principalmente as jovens, nos dias de hoje, agem de forma promíscua. Estas percepções guiam suas atitudes e práticas como profissionais de saúde.

A reprodução social da ideologia machista recai sobre a dominação masculina apresentada por Bourdieu (1995) visto que, por tratar-se de um *habitus*, tornou-se natural e

inevitável, incorporada na sociedade, definindo as condutas tanto femininas quanto masculinas. No entanto podemos verificar que esse *habitus* tem até certo ponto se modificado, pelo menos no âmbito do discurso social que destaca os deveres e direitos iguais para ambos os sexos, mas que na prática permanece imersa em desigualdades.

1.2 O paradoxo feminino na atualidade: sujeito social x "rainha do lar".

Essa subcategoria abrange o discurso dos profissionais sobre as mudanças ocorridas ao longo da história que possibilitaram a entrada da mulher no espaço público.

Os participantes destacam que a posição social da mulher evoluiu, ao conquistar um espaço além do privado. Conforme esclarecem:

> *Agora é melhor, antigamente a mulher era mais do lar, né. Atualmente... a mulher tem ganhado muito espaço, né. Tanto na área... do trabalho, é executiva, é da empresa, dirige a empresa, essas coisas. E antigamente não tinha isso, agora elas têm.*
>
> *(GO_3, homem, 52 anos, distrito norte)*

> *Então era nove meses de gestação, um ano de amamentação e em seguida gravidez. Então, fica muito difícil você com 10 filhos trabalhar fora, né. Então, o advento da pílula fez o que, fez com que a mulher ficasse liberada dessa obrigação. [...] 54% das mulheres que estão no mercado de trabalho no Brasil... é que são responsáveis pelo PIB.*
>
> *(GO_8, mulher, 50 anos, distrito leste)*

Os profissionais consideram que a mulher tem espaço garantido no mundo do trabalho e está se inserindo cada vez mais no mercado, ou seja, atualmente, ela deixou de ocupar apenas o espaço privado, possibilitando-lhe uma participação mais efetiva na economia. A saída da mulher para o mercado de trabalho é justificada pela evolução tecnológica da medicina, depois do surgimento do anticoncepcional, o que modificou a dinâmica dos relacionamentos, levando-a a uma participação ativa e necessária na renda familiar.

Bruns (2004) fortalece este apontamento afirmando que as mulheres tornaram-se mais atuantes em várias áreas que antes eram de domínio exclusivo masculino. Entre elas, destaca-se a profissional, devido à revolução feminista iniciada na década de 1960. Entretanto, a autora pontua que a mulher atual, muitas vezes, sente-se confusa em relação

ao seu papel, já que os valores antigos, ainda vigentes, são conflitantes com os novos paradigmas.

Rocha-Coutinho (2004) concorda com os expostos de Bruns (2004) e destaca que apesar das transformações ocorridas no papel e na posição social da mulher, "é preciso não superestimar a profundidade dessas mudanças, nem tampouco acreditar que as desigualdades entre homens e mulheres nos espaços público e privado tenham sido erradicadas" (ROCHA-COUTINHO, 2004, p.4).

Essa noção é observada claramente no discurso dos médicos, ao afirmarem que apesar da mulher ter conquistado este espaço, seu papel de cuidadora do lar permaneceu, acrescido da obrigação de ajudar nas despesas domésticas. As passagens a seguir apresentam esta idéia:

> *Então a mulher agregou, além do papel que ela tinha de dona-de-casa, né... de cuidar de casa, pelo menos perante a família e a sociedade, a responsabilidade é dela. Cuidado da casa e dos filhos... e ainda a profissão, né... quer dizer, ficou pior. Porque antes você era sustentada pelo marido... e a sua função era cuidar dos filhos, e... parava ali. E o homem é que proveria o sustento, né. Hoje não... hoje na vida da mulher o que você vê... tanto o homem quanto a mulher trabalham. Só que a responsabilidade de chegar em casa, fazer a janta, cuida do filho ou cuidar da casa, lavar roupa, sempre é da mulher. Pelo menos em primeira instância, né. A coisa tá evoluindo mais não é tanto assim, né... não é a grande maioria dos homens que aceita esse papel de... distribuição de tarefa doméstica. Eu acho que tá pior hoje.*
>
> *(GO_8, mulher, 50 anos, distrito leste)*

> *[...] eu acho que a mulher que acaba dando suporte pra família num todo. [...] a mulher tem que se desdobrar em mil pra fazer as funções tudo que às vezes o homem poderia fazer também. [...] Eu acho que tem mais deveres (risos). É assim, a mulher tem aquele negócio de femini... aquela coisa de "Ah! Os direitos iguais". Só que os deveres ainda continuam, então eu vejo muita paciente aqui que ainda é dona-de-casa só que acumulou mais um dever que é trabalhar fora, também. Então ela continua com aquele dever de dona-de-casa, de mulher, tem que chegar em casa e tá toda bonitinha pro homem... ter o dever de esposa e ainda ter o dever de trabalhar fora e cuidar dos filhos ainda.*
>
> *(GO_4, mulher, 29 anos, distrito central)*

O discurso dos médicos aponta para a sobrecarga de trabalho e responsabilidades da mulher, justificada pela valorização da visão tradicional de gênero, apesar de todas as mudanças com relação a sua entrada na vida pública. Isso demonstra que ainda existem muitas desigualdades na relação homem-mulher, indicando que o parceiro seria detentor do

poder em detrimento de uma posição submissa da mulher. Tais construções são socialmente designadas.

Essa idéia é abordada por Saffioti (2004) ao destacar que tal questão ainda recebe muita influência dos antigos papéis desempenhados, nos quais a mulher era responsável pelos cuidados domésticos e o homem visto como o provedor.

E ainda, segundo Nogueira (2001), apesar do movimento feminista que busca a mudança do perfil de gênero tradicional, há uma grande distância entre a igualdade legal, formal e política, e a prática diária, pois, apesar do total controle da fertilidade, da disponibilidade da formação profissional e das liberdades cíveis, a mulher ainda é a responsável pelos cuidados prestados às crianças e às famílias.

Rocha-Coutinho (2004) acrescenta que o discurso social brasileiro incorporou o novo papel da mulher à identidade feminina, o de profissional competente. Contudo, a definição da mulher como responsável pelos encargos domésticos mudou muito pouco. Segundo a autora, ao invés de haver uma modificação na identidade feminina, houve uma ampliação que inclui a nova posição ocupada pela mulher. Como conseqüência, para a grande maioria das mulheres e para toda a sociedade, a família é a prioridade. Desta forma, a mulher multiplicou e acumulou funções, mas ainda não dividiu as responsabilidades com os homens.

Esta característica desencadeia a afirmação feita pelos médicos de que a mulher é o eixo da família e sua ascensão ao espaço público prejudicou toda dinâmica familiar, uma vez que a organização do lar era sua responsabilidade, como mostram as passagens a seguir:

> *[...] a mulher... é um elo fundamental da família que é a estrutura fundamental de uma sociedade organizada... que na verdade está caótica, desorganizada, por conta da família desorganizada. A família desorganizada... decorre principalmente do novo papel da mulher. Que é a sua... o papel de trabalhar, ela passou a exercer a mesma função que o homem que é trabalhar, produzir. E isso a afastou muito da família, e como conseqüência... é... houve a desestruturação familiar.*
>
> *(CM_5, homem, 57 anos, distrito leste)*

> *[...] ainda é fundamental a mulher como... ajudadora do esposo e como mãe mesmo, então eu acho que a mulher não pode se ausentar desse papel. Por conta disso eu acho que muitas famílias estão desestruturadas porque a mulher foi pra fora e esqueceu de olhar pra dentro, né... do próprio lar. [...] Porque tem coisas*

> *que infelizmente o homem não vê mesmo, fica por conta da mulher... na maioria dos casos.*
>
> *(GO_5, mulher, 30 anos, distrito oeste)*

Segundo os profissionais, a mulher é a base da família, o eixo central que reúne e agrega valores passados aos filhos. O fato de ela sair de casa modificou a dinâmica doméstica, o que, de acordo com os médicos, acabou por desestruturar a célula familiar.

Essa afirmação, ao que nos parece, está de acordo com os expostos de Santos & Oliveira (2005), sobre a família nuclear burguesa, que é o modelo de referência em que se apóia a representação social de como deve ser a família, pois esse modelo é naturalizado, como se fosse a única possibilidade de constituição dessa instituição. Segundo as autoras, "essa representação social da família guia as condutas cotidianas e, muitas vezes, as práticas profissionais" (p. 52).

Althoff (1996) também aborda essa idéia ao afirmar que a família nuclear – composta por pai, mãe e filhos – constitui o modelo normativo dominante na sociedade, destinando ao homem o espaço público, o trabalho remunerado que atenda às necessidades materiais da família, e a mulher e as crianças o espaço privado, do trabalho doméstico, para atender às necessidades afetivas e à manutenção da estrutura familiar. As que fogem a este padrão são consideradas desorganizadas, desestruturadas ou incompletas, "consideradas, muitas vezes, como responsáveis pelo fracasso escolar, pela violência, pelo abandono das crianças e pela marginalização dos jovens" (p.36).

Nossa posição difere-se das colocadas acima, concordamos em partes com Meira & Centa (2003) ao nos apontarem que, na atualidade, o que caracteriza a família e o casamento é a não-existência de um modelo dominante e normatizador, apesar de ainda prevalecer o modelo nuclear. Segundo as autoras, essa mudança promoveu um abandono da autoridade dos pais, o que gerou conflitos, pois o excesso de permissividade prejudica as crianças, visto que são criadas sem o estabelecimento de limites. Desta forma, não podemos culpabilizar a mulher pela desorganização familiar, uma vez que acreditamos que a família não está em desordem ou desestruturada, mas que tem se reorganizado de diversas formas na atualidade, algumas vezes essas novas organizações prejudicam os filhos e as relações, mas não podemos tomar isso como verdade absoluta.

Ao que parece esses médicos não aceitam que o padrão familiar tradicional mudou, a mulher freqüenta o espaço público e participa mais ativamente da economia. Os modelos

de identidade feminina e masculina, os casamentos e a família mudaram, o que flexibilizou as relações afetivas, abandonando muitas vezes as regras e padrões vigentes de outras épocas (VAITSMAN, 1994).

Em contrapartida, existem aqueles médicos que reconhecem essas mudanças e concordam que as conquistas femininas do espaço público de certa forma abriram espaço para o homem tomar ciência do espaço privado, passando a ajudar nas tarefas domésticas, como apontam os discursos abaixo:

> *[...] hoje tem homens que cuidam da casa, que cuidam do filho enquanto a mulher trabalha... eu acho que a mulher... inserida assim na sociedade do trabalho, né... [...] É... hoje em dia alguns homens que cuidam... enquanto as mulheres trabalham fora. Então há um entendimento... do papel da mulher... é... na família. Há muitas mulheres que são donas-de-casa... é... mas eu vejo que os homens hoje estão ajudando nas tarefas, eu mesmo ajudo minha mulher nas tarefas domésticas... é nós temos... eu não tenho problema de ajudar... e acho que muitos homens também pensam assim que a mulher não é obrigada a fazer todo o serviço de casa... é, cuidar dos filhos... o homem tem um grande papel também nisso.*
>
> *(CM_2, homem, 52 anos, distrito central)*

> *[...] além desse papel de provedor... né... do chefe de família, eu acho que o homem também tá aprendendo a exercer outros papéis que antes ele não fazia... por exemplo, cuidar dos filhos, fazer uma compra, né [...] Tem até famílias que o homem fica em casa e que a mulher que trabalha [...] E se o homem tem uma boa cabeça, ele consegue lidar com isso, assim... com essa pseudo-inversão.*
>
> *(GO_5, mulher, 30 anos, distrito oeste)*

> *Os filhos... a... a atenção é menos, mas eu acho que com mais qualidade, né. [...] Eu todo dia tenho que ajudar... eu tenho um filho de 8 anos que tenho que ajudar a fazer tarefa de escola, minha mulher ajuda, entendeu. Antigamente os pais não tinham isso, né.*
>
> *(CM_3, homem, 55 anos, distrito central)*

Segundo os relatos, a atualidade modificou a dinâmica dos comportamentos, tanto femininos, quanto masculinos, visto que o homem passou a realizar algumas funções domésticas, o que há alguns anos era inadmissível. Ao entrar no espaço privado, o homem diminui a sobrecarga imposta à mulher pela sua dupla-jornada diária, evidenciando, com isso, evoluções nas concepções de gênero.

Sobre essa questão, Bruns (2004) coloca que os homens, assim como as mulheres, foram se modificando, tanto em relação ao mercado de trabalho, quanto nas relações

familiares, e ainda complementa: “não raro, encontramos homens atentos às tarefas referentes ao cotidiano dos filhos” (p.35).

Meira & Centa (2003, p.220) também abordam essa questão ao afirmarem:

> Percebe-se que houve alterações nas relações entre pais e filhos, pois antes os pais eram autoritários e distantes, as mães eram rígidas na higiene da casa e cuidado com os filhos, sendo que hoje eles priorizam a qualidade de tempo passado com os filhos, não mais importando a quantidade de tempo.

O discurso dos médicos apontou para a entrada da mulher no mercado de trabalho como uma ascensão ao espaço público e à autonomia. Porém, essa mudança foi acompanhada de algumas conseqüências, pois, além de provocar uma sobrecarga de papéis femininos, visto que os trabalhos domésticos permaneceram sob sua responsabilidade, contribuiu para a desintegração familiar, devido ao fato de considerarem a mulher como eixo central da família, responsável pelo estabelecimento de sua ordem. Em contrapartida, segundo os profissionais, observa-se, na atualidade, a entrada do homem no espaço privado, tendo uma participação mais efetiva ao dividir as tarefas domésticas e a responsabilidade sobre os filhos com suas parceiras.

Conforme já destacamos, de acordo com Bourdieu (1995), a dominação masculina imersa na cultura, mostra-se presente no discurso dos médicos ao fazerem referência à responsabilidade das mulheres pela desintegração familiar quando as mesmas partiram para o espaço público não se restringindo mais ao âmbito doméstico.

De acordo com Narvaz & Koller (2004) atualmente muitas mulheres são as principais responsáveis pela renda familiar, são as chefes-da-família, mas apesar da condição de chefia, estas mulheres negam sua posição devido à naturalização das práticas e relações cotidianas de homem-provedor, mulher-cuidadora. Apontam ainda para o fato de que as mulheres continuam sendo as responsáveis pelos cuidados com a família, apesar de muitas vezes os homens realizarem as tarefas domésticas, pois ambos consideram que certas tarefas não podem ser feitas por eles, são de exclusiva responsabilidade feminina.

Concordamos com Wagner *et al.* (2005) ao afirmarem que a divisão das tarefas domésticas, a criação e educação dos filhos compartilhada por homens e mulheres, parece não acompanhar proporcionalmente a participação da mulher no mercado de trabalho e sustento do lar. “O descompasso dessas mudanças se evidencia em suas mais diversas expressões, como por exemplo no fato de que o trabalho doméstico continua sendo freqüentemente denominado ‘trabalho de mulher’” (p.182).

Considerando que no discurso dos médicos encontramos uma diversidade de idéias sobre a relações de gênero que incluem a condição moral da liberdade sexual das mulheres, da reputação das mulheres deixam suas famílias desorganizadas, da confirmação da responsabilidade das mulheres em relação ao espaço privado do lar, nossa intenção foi estudar o discurso médico sobre violência de gênero consubstanciado em suas percepções de gênero.

2 - A percepção dos médicos sobre a violência.

Dividimos esta categoria em seis subcategorias. Iniciamos destacando como os médicos percebem a mulher que se encontra em situação de violência. Num segundo momento, enfatizamos suas opiniões a respeito dos possíveis fatores para desencadear as agressões. A terceira subcategoria diz respeito às quais os tipos de violência os médicos são capazes de identificar e também quais eles percebem como mais graves. Em seguida, abordaremos a violência visível, ou seja, as marcas no corpo denunciam a violência e, por isso, torna-se possível uma identificação. Na quinta subcategoria, damos destaque à violência revelada aos médicos por meio de suspeitas e dos depoimentos das mulheres que procuram os serviços. A última aborda a violência ignorada, identificada pelos profissionais, mas, de certa forma, negada.

2.1 Quem é essa mulher em situação de violência doméstica?

Essa subcategoria refere-se à impressão que os médicos têm sobre mulheres que se encontram em situação de violência. O discurso dos profissionais aborda as justificativas utilizadas por essas usuárias sobre os motivos de permanência na relação, entre elas, encontram-se: o medo do parceiro, a dependência econômica e emocional e a naturalização da violência justificada pelo ser mulher, ou seja, muitas vezes, a agressão é aceita por essas mulheres como algo normal e inquestionável, já que o homem é considerado detentor do poder. Assim, a mulher é subjugada. Tratam-se de aspectos que estão diretamente relacionados às questões de gênero, ou seja, às posições social e cultural ocupadas pela mulher como inferiores que justificam e naturalizam a violência (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Em relação ao medo do parceiro, segundo os médicos, muitas mulheres tornam-se receosas em sair da relação, abandonar o lar, ou ainda tomar qualquer atitude para cessar a

violência por temerem as reações ainda mais perigosas que possam vir a ocorrer. Conforme as falas ilustram:

> *Não são todas que se prestam a ir denunciar, porque o grande problema é a revanche do cara, né. [...] Esse é o grande problema, a falta de segurança que ela tem, de fazer isso e o marido tornar a bater.*
>
> *(GO_1, homem, 55 anos, distrito leste)*

> *Tem mulheres que apanhou a vida inteira e nunca reclamam, né. Se reclamam, não vão na justiça, essas coisas. Algumas vezes eu atendo... assim, mulheres que apanham do marido, mas elas... não querem* (sair da situação). *Por que não querem? Eu acho que são vários fatores. Um, por medo do marido, né.*
>
> *(GO_3, homem, 52 anos, distrito norte)*

> *As mulheres têm medo de dar queixa porque elas vão apanhar mais na seqüência... ou vão ser privadas de alguma coisa, seja ela qual for... dinheiro... afeto... família... né... então eu acho que deveria ter alguma coisa a mais que eu não saberia te dizer.*
>
> *(GO_7, mulher, 48 anos, distrito oeste)*

De acordo com o discurso dos profissionais, as mulheres não denunciam a violência por medo de sofrerem novas agressões, ou de serem privadas de suas famílias, de seus filhos, de dinheiro e até mesmo do parceiro. Essas passagens ilustram que os médicos consideram essas mulheres que sofrem violência submissas a seus companheiros. Esses relatos comprovam alguns dados apresentados por Verardo (1997) ao afirmar que essas mulheres têm dificuldades de abandonar o lar, desvencilhar-se da relação ou denunciar aos órgãos competentes a situação de violência.

Segundo a SPM (BRASIL, 2005a), o rompimento da relação, muitas vezes, pode gerar atitudes mais agressivas por parte do companheiro, iniciando com ameaças graves, podendo desencadear até o homicídio da mulher e dos filhos, devido ao fato do homem sentir que está perdendo o controle da situação.

Além do medo do parceiro, os médicos entrevistados alegam que as usuárias permanecem atadas na relação por dependerem, econômica e emocionalmente, dos agressores. Em virtude dessa situação, acabam aceitando sua condição por não enxergar outra possibilidade de vida. Contribuindo com esse aspecto encontram-se os filhos, que as impedem de tomar qualquer atitude por medo de perdê-los. As passagens a seguir ilustram essas opiniões.

> *Eu conversei com ela: "O que que você acha?"... ela falou assim: "Eu acho que estou sendo assim, não estou sendo respeitada no meu direito, até de... é o meu corpo... sou eu enquanto mãe que não quero, mas eu... eu me submetendo". E eu ainda... "Não, mas o que acontece, você não tem como sair disso, porque você se submete?" E ela: "Ah… é econômico", emocional também porque ela precisa de um companheiro para estar com ela, para estar com os quatro filhos dela e também econômico, porque ela assim: "Se eu me separo dele, a casa que eu moro é dele, ele é que tem casa". […] Ela até tá vendo a situação que ela tá, mas se submete porque não tem que fazer. […] "Puxa! Eu preciso está nessa situação?"... às vezes ela chega à conclusão, que para ela é preciso e vai fazer isto. Às vezes pode servir para alguém… "Não, realmente eu tenho outros caminhos, eu não preciso tá aqui". É uma escolha… pessoal.*
>
> *(GO_2, mulher, 37 anos, distrito sul)*

> *Outro fator dinheiro, ela apanha, mas o marido tem dinheiro, tem a casa, dá tudo para ela. O outro é os filhos, os filhos muitas vezes são… a mulher agüenta pelos filhos, né.*
>
> *(GO_3, homem, 52 anos, distrito norte)*

De acordo com os profissionais, as mulheres aceitam a situação de violência por não visualizarem outra possibilidade, tanto de moradia, quanto de obtenção de renda, por serem dependentes de seus maridos. Soma-se a esses aspectos o fato de que, se optarem por sair de casa, terão de ficar longe de seus filhos, dificultando ainda mais o rompimento desse ciclo.

Esses relatos estão de acordo com os expostos pela SPM (BRASIL, 2005a, p.29) ao destacar que:

> Ao ver que a mulher está disposta a sair da relação violenta, o agressor recorre a todo tipo de chantagem e ameaça: requisita a custódia dos filhos, nega a pensão alimentícia, interfere no trabalho da esposa, difama-a, mata a mulher e os filhos, se mata etc. São muitas as dificuldades e são poucos os recursos disponíveis em nossa sociedade.

Além disso, o documento aborda que mulheres em situação de violência normalmente não têm capacitação profissional para buscar uma colocação no mercado de trabalho, dificultando ainda mais a saída da relação uma vez que dependem financeiramente do parceiro. Contudo não podemos reduzir a causa de permanência na relação à falta de capacitação profissional.

Isso denuncia a questão abordada por Piscitelli (2002) que devido à construção social da mulher, ela ocupa uma posição de dependência em relação ao homem que seria o

provedor de suas necessidades, destinando-a o espaço privado, ou seja, a responsabilidade pelas tarefas domésticas e por seus filhos.

Seu domínio é seu lar e a possibilidade de perdê-los significaria abrir mão de suas conquistas. Sendo assim, ela opta por permanecer na relação, pois não é capaz de visualizar outras possibilidades para sua vida, o que contribui para a cronicidade da violência destacada por Oliveira (2001) e Saffioti (2004) ao afirmarem que se desenvolve um ciclo vicioso que, com o passar dos anos, torna-se mais grave e intensa.

Mais uma vez, estamos nos aproximando das questões de gênero expostas ao longo do texto, em que a mulher é designada como dócil, submissa, etc., e o homem é definido como agressivo, corajoso, provedor (SCOTT, 1988). Essa noção manifesta-se no discurso dos médicos ao destacarem que essas mulheres, mesmo reconhecendo a situação de violência, aceitam-na como algo natural, portanto, inquestionável e imutável.

Os discursos a seguir retratam essa idéia:

> *É educacional, as famílias são muito ignorantes, sem instrução nenhuma, muito broncas… foram criadas assim como uma mulher muito subjugada. Como é que você vai mudar isso na cabeça de uma pessoa? Né… fazer a mulher entender que ela é igual ao marido dela. Que ela tem que se posicionar com ele de igual pra igual, mas não adianta, ela não foi criada assim. O cara não vê ela assim, ela não se vê assim, entendeu?*
>
> *(GO_5, mulher, 30 anos, distrito oeste)*

> *E aqui… a gente vê cada coisa… a ponto da mulher achar aquilo normal… "é normal, minha mãe também apanhava", "ih… você tá certa, também eu não presto"… e o cara também cresce naquele ambiente, né.*
>
> *(GO_6, homem, 41 anos, distrito sul)*

> *Mas eu acho… que então é isso… que tem essas diferenças… entendeu, é a questão da força física, da educação e da submissão que a maioria das mulheres são educadas… ficam ainda… o homem é tido como mais forte.*
>
> *(GO, mulher, 48 anos, distrito oeste)*

> *A pessoa ao invés de achar que ela é vitima, ela acha que ela… porque ela fica com sentimento de culpa que ela apanhou. Quer dizer… "o que que eu fiz de errado, que eu to apanhando?". É duro você desfazer isso da cabeça da pessoa. Isso vai da mulher. Porque a mulher é submissa.*
>
> *(GO_8, mulher, 50 anos, distrito leste)*

De acordo com os profissionais, muitos casos de agressão ocorrem devido à dominação masculina que, de certa forma impede que a mulher tome alguma atitude para modificar este quadro.

Essa idéia é apoiada por Machado (2004) e Schraiber & D'Oliveira (1999), ao destacarem que a mulher é vista como um sujeito frágil, infantilizado e dependente, o que as coloca numa posição de quem necessita freqüentemente de educação e cuidado. Diante disso, as atitudes agressivas são comumente vistas como algo inerente ao homem, justificadas pela necessidade de punição por comportamentos julgados como "errados". Além de ser uma forma de se consolidar o poder masculino, colocando a mulher "em seu lugar" de dependência e submissão aos ditames do homem.

Outro aspecto que surgiu no discurso dos profissionais foi a questão da mulher justificar sua permanência na relação por acreditarem que foi um episódio ocasionado pelo uso de álcool e, por isso, vale a pena continuar na relação por haver a crença de que o parceiro vai melhorar.

> *As pessoas têm a vida muito corrida, as famílias, né... de um lado ou de outro sempre tenta por pano quente para que não se desfaça o casamento... porque tem os filhos. Então existe uma série de correntes, né... em que as pessoas ficam meio acorrentadas e presas e, em nome de todas essas coisas é... acaba deixando passar... "ele vai melhorar", "ele tava bêbado", tem muito de alcoolismo, drogas, né, essas coisas... realmente a pessoa tá. Então... não tá no normal dela... e existe aquela agressão física mesmo, de a pessoa se acostumar a apanhar e outro acostumar agredir, né. [...] A pessoa ao invés de achar que ela é vitima, ela acha que ela... porque ela fica com sentimento de culpa que ela apanhou. Quer dizer... "o que que eu fiz de errado, que eu to apanhando?". É duro você desfazer isso da cabeça da pessoa. Isso vai da mulher. Porque a mulher é submissa.*
>
> *(CM_1, mulher, 36 anos, distrito central)*

O discurso dessa profissional caracteriza a justificativa das mulheres em permanecer na situação por acreditarem que o parceiro irá modificar seu comportamento. Esse aspecto é destacado pela SPM (BRASIL, 2005a) ao afirmar que uma das barreiras que dificulta a saída da relação é a crença de que o parceiro vai mudar, pois, após o episódio de agressão, admite que errou, pede perdão e promete que o evento não irá se repetir. Além de comprometer-se a freqüentar a igreja, grupos de auto-ajuda ou, ainda, buscar ajuda profissional. Esta fase é a chamada lua-de-mel do ciclo da violência.

Outro aspecto que podemos destacar na passagem é o fato de que, mais uma vez surge a questão do gênero, a mulher é submissa, ela aprendeu que este é seu lugar,

novamente denunciando a posição inferior por ela ocupada numa relação desigual de poder.

Os relatos destacados concordam com os expostos de Day *et al.* (2003) ao afirmarem que os motivos de permanência na relação são: medo de represália, perda do suporte financeiro, preocupação com os filhos, dependências emocional e financeira, perda de suporte da família e dos amigos, esperança de que "ele vai mudar um dia" e o sentimento de responsabilidade pelo comportamento agressivo do companheiro, entre outros.

Muitas mulheres prendem-se em determinadas peculiaridades dos maridos como uma forma de justificar a atitude agressiva deles, argumentando: a violência é temporária, que só fez por que estava alcoolizado, que já sofreu muito na vida, que está passando por uma fase difícil, entre outros motivos que acabam por mascarar essa violência (VERARDO, 1997). Dessa forma, retardam a denúncia, ou, até mesmo, retiram-na depois de algum tempo.

Essa noção é retratada na fala de nossos entrevistados ao destacarem que algumas mulheres mesmo sendo orientadas a prestar queixa contra seus agressores, não a consolidam, conforme a passagem ilustra:

> *Só que aí a hora que você fala pra fazer alguma coisa, elas não fazem. Muitas vezes, assim, elas chegam aqui até com a polícia... que a polícia teve que interferir, mas na hora de fazer o boletim de ocorrência elas não fazem. Então, elas até procuram, só que a hora que chega em casa elas já desistem.*
>
> *(GO_4, mulher, 29 anos, distrito central)*

Além dos aspectos destacados acima, chamou-nos a atenção uma consideração sobre a violência não ser uma via de mão única, onde o homem é o agressor e a mulher é vítima. Destaca-se um discurso em que o profissional entende que é muito freqüente a mulher desencadear a agressão, que ela também pode ser violenta, contudo a sociedade valoriza a vitimização apenas da mulher, ao expressar:

> *Porque você não faz um trabalho da violência que sofrem os homens? Porque só as mulheres? Só a mulher agredida? E o homem?... 99% dos homens são agredidos. Até eu sou agredido! (risos)... Cadê a delegacia do homem? [...] Eu tinha um amigo que apanhava da mulher toda vez. A mulher batia, batia nele mesmo... pegava o rodo, essas coisas... um dia quase matou o coitado. [...] Dá impressão de que o vilão é o homem e não é assim não. Não é só o homens. A mulher não é só vítima.*
>
> *(GO_3, homem, 52 anos, distrito norte)*

Esta passagem nos remete as considerações de Gregori (1993) ao afirmar que para compreendermos a violência de gênero, devemos evitar conceber as mulheres como vítimas da situação, pois a violência ocorre em uma relação que envolve ambos os parceiros e as situações capazes de desencadeá-las podem partir tanto do homem, quanto da mulher. Devemos destacar, neste momento, que nossa posição e da autora é contraria ao discurso apresentado, pois ao defender, por exemplo, a necessidade da criação de uma delegacia do homem, equipara a mulher ao homem com relação à detenção de poder, como se houvesse a necessidade de proteger o sexo masculino assim como o feminino. Concordamos com Gregori (1993) quando afirma que a participação ativa da mulher para o desencadeamento da violência não quer dizer que ambos ocupem a mesma posição em relação ao gênero, ou seja, que detenham o poder de maneira igualitária.

Além disso, esse profissional parece negar a dimensão da violência praticada contra a mulher. Podemos interpretar esta afirmação sob dois aspectos: o primeiro deles refere-se à negação por um desconhecimento sobre a temática; o segundo aponta para um profissional que nega como uma forma de se desresponsabilizar da situação. Acreditamos que ambos são verdadeiros.

Outro ponto que nos chamou atenção, diz respeito à visão de que mulher que sofre agressão mais de uma vez e permanece no relacionamento, o faz porque gosta, uma vez que segundo este profissional, ela teria todos os recursos para desvencilhar-se daquela situação, ao expor:

> *Eu acho... mas quem apanha mais de uma duas vezes, é porque gosta... porque quem permanece com quem bate é porque gosta. Porque se você me bater uma vez eu do linha minha filha, eu não fico. Então, essa história... "ah eu apanho do marido, eu apanho do marido"... vai à luta, Deus deu dois braços e duas pernas. Então... vai trabalhar, vai lutar, vai fazer, né. Não precisa ficar apanhando dentro de casa.*
>
> *(GO_9, homem, 46 anos, distrito norte)*

Parece-nos que este discurso desconsidera, ou não reconhece as particularidades das questões relativas ao gênero, que são determinantes para a violência doméstica contra a mulher.

SPM (BRASIL, 2005a) aborda essa questão nomeando-a de "negação social", ou seja, quando o profissional de saúde está despreparado ou desinformado sobre aspectos relacionados à violência doméstica, pode ocorrer que a mulher seja tratada com

indiferença, desconfiança ou desprezo, contribuindo desta forma para o aumento da violência. “Quando isso acontece, as vítimas perdem a esperança de encontrar apoio externo e acabam se recolhendo novamente ao seu inferno particular” (BRASIL, 2005a, p.29).

Os relatos dos médicos demonstraram que suas impressões sobre essas mulheres que se encontram em situação de violência estão associadas a múltiplos fatores, destacando-se, principalmente, o medo de represália do parceiro, dependências financeira e emocional e o medo de perder os filhos, que acabam colaborando para a permanência na relação e, conseqüentemente, para não se fazer a denúncia. Esses aspectos estão diretamente relacionados às questões de gênero, ou seja, a posição social e a cultural de que a mulher é inferior justifica e naturaliza a violência. E, segundo Saffioti (2004), contribuem para a invisibilidade da violência praticada contra a mulher pelo parceiro íntimo.

Enfatizamos discursos que apresentaram idéias divergentes dos demais. O primeiro diz respeito a considerar a mulher não apenas como vítima da situação, mas como capaz de ferir seu parceiro. Como descrito anteriormente, a violência ocorre em uma relação que envolve ambos, mas, devemos discordar que os envolvidos sejam colocados em pé de igualdade e que ela tenha a mesma dimensão e prevalência para ambos os sexos. O outro discurso que divergiu dos demais aborda que só permanece na relação à mulher que gosta de apanhar. Acreditamos que esta crença ocorra por desconhecimento das peculiaridades da violência doméstica e não levar em consideração os aspectos relacionados às questões de gênero. Além de compreendermos que as visões de gênero apresentadas pelos profissionais, que abordam a inferioridade da mulher, levam à crença de que a elas gostam de apanhar e o profissional não precisa lidar com isso, de certa forma, faz parte da “natureza feminina”, permitindo que se desresponsabilize dos cuidados de mulheres com queixa de violência de gênero.

2.2 Relacionamentos amorosos: a violência é solução de conflitos?

Esta subcategoria aborda as percepções dos médicos sobre os motivos que podem interferir no relacionamento para que se torne violento. A maioria dos discursos apontou que o uso de álcool e drogas seria um dos principais desencadeadores de agressões, conforme mostram as passagens a seguir:

> *[...] às vezes acontece esse tipo de coisa sobre influência de droga, sob influência do álcool, e tal... bebe, daí discute, briga e acontecem essas violências.*
>
> *(GO_3, homem, 52 anos, distrito norte)*

> *[...] o álcool, o homem que bebe... ele se torna violento [...] uma pessoa que é estável, que tem uma família, que tem um trabalho... ele não agride a mulher. Agora a pessoa tomada pela droga... que é usuário de droga, de craque, cocaína, álcool, que seja... ele às vezes se torna uma pessoa violenta... pra conseguir inclusive a droga. E a mulher às vezes paga por essa violência.*
>
> *(CM_2, homem, 52 anos, distrito central)*

> *Eu penso assim. [...] uma das coisas que trás esse tipo de agressão física é a bebida alcoólica. Às vezes o cara bebe, chega embriagado e aí... quer fazer as coisas dentro de casa, e aí... parte pra agressão.*
>
> *(CM_4, homem, 47 anos, distrito oeste)*

Segundo os médicos, grande parte das agressões é desencadeada pelo uso de bebida alcoólica e/ou de drogas. Estando de acordo com Zilberman & Blume (2005), o álcool atua como desinibidor e facilitador da violência, e as drogas estimulantes, como crack e cocaína, reduzem a capacidade de controlar os impulsos. Para esses autores, nos relacionamentos violentos, os índices de alcoolismo são mais altos do que nos não-violentos.

Concordamos com Araruna; Fernandes & Nitschke (2006) ao afirmarem que o uso de álcool e substâncias ilícitas são alguns fatores de agravamento dos casos de violência doméstica em nossa cultura, porém, não devemos considerar ser sua determinação exclusivamente por esses fatores. E ainda destacamos que muitos eventos ocorrem sem que haja ingestão de álcool ou outras drogas.

Outra idéia apresentada pelos profissionais foi a de que o homem vê a mulher como sua propriedade, como demonstram os relatos a seguir:

> *[...] eu acho que a falta de respeito... e eu acho que a maioria das vezes, já até abordando a sua, a sua pesquisa, eu acho que é aí aonde entras as, as agressões. Desde verbais até as físicas. Quando perde a noção do respeito, né. Passa a ser propriedade, é uma propriedade minha, né... [...] Parece que é uma propriedade, virou... perdeu o respeito pelo ser humano. Acho que começa a agressão, começa daí. As brigas, as... os arrepiamentos dos relacionamentos.*
>
> *(CM_1, mulher, 36 anos, distrito central)*

> *[...] ciúmes... eu acho que é um dos principais. [...] o homem é mais aquela coisa de querer controlar, né. O homem ainda quer controlar muito a mulher. [...] Não*

> *deixa sair, não deixa se vestir melhor. Quer saber onde vai, com quem vai. [...] pessoalmente eu acho que é a desconfiança. A falta de respeito.*
>
> *(GO_4, mulher, 29 anos, distrito central)*

De acordo com os médicos, a perda do respeito e o controle do homem exercido sobre a mulher são os principais motivos para que haja violência doméstica. Esses dados consolidam os expostos de Azevedo (1985), Schraiber e D'Oliveira (1999) e Machado (2004), ao afirmarem que a violência contra a mulher deve ser compreendida pela perspectiva do gênero, das relações de poder entre homens e mulheres, apresentando-se como punitiva e educativa.

Na opinião dos profissionais, um dos principais fatores desencadeadores de uma agressão é o uso do álcool e drogas. Destacaram também que a mulher é considerada como objeto de propriedade masculina, e seu parceiro se acha no direito de exercer poder sobre ela, justificando as atitudes violentas. Este argumento demonstra mais uma vez a desresponsabilização dos profissionais frente à violência, uma vez que culpabilizam o álcool ou o ciúmes pelos eventos, como se dissessem: *eu não posso fazer nada para interferir nesta situação, não é de minha alçada, minha função é cuidar da saúde física da mulher.*

2.3 Reconhecendo tipos e gravidades da violência

Nesse item destacamos as concepções dos médicos sobre violência contra a mulher praticada no âmbito doméstico. Em um primeiro momento abordamos os vários tipos de violência que os profissionais reconhecem. Num segundo momento damos destaque aos seus relatos quanto à gravidade das violências.

De acordo com os relatos, podemos perceber que, quando questionados, todos afirmam conhecer as violências física e psicológica. Alguns identificam esta última como violência verbal.

> *Principalmente a moral e verbal. Que eu mais vejo. Mas tem a física, né. Aquela que... entra mais no âmbito da tortura. [...] a partir do momento que transgrediu o respeito eu já acho que é uma agressão. [...] transgressão de algum limite, né... de perda de noção de qual que é o meu limite dentro do seu espaço, ou o seu limite dentro do meu espaço.*
>
> *(CM_1, mulher, 36 anos, distrito central)*

> *[...] violência física [...] aquela agressão camuflada, a verbal é freqüente, né, que é... não deixa de ser agressão. Você por exemplo, muitas vezes tem as pessoas que proíbem a mulher trabalhar fora, isso é uma violência contra a mulher, né. [...] ela vive quase que reclusa. [...] Problema da... muito comum também de a mulher ter que fazer sexo sem ter vontade tem muito.*
>
> *(CM_3, homem, 55 anos, distrito central)*

> *[...] violência física... até a violência psicológica, verbal. O marido pode nunca ter encostado a mão na mulher, mas vamos supor... ele chega em casa e fala assim: "você não fez nada o dia todo... puxa vida... só eu trabalho aqui". Isso não é uma violência? É uma violência, né. Da mesma forma do outro lado da moeda, né... existe a violência da mulher contra o homem, a violência psicológica: "Poxa, você ganha pouco... queria comprar tal coisa mas a gente não pode porque você ganha mal no seu serviço".*
>
> *(GO_6, homem, 41 anos, distrito sul)*

Além do destaque dado à violência física, podemos perceber, a partir dos depoimentos, que grande parte dos médicos reconhece que privar a mulher de freqüentar o espaço público, impedi-la de trabalhar e depreciar suas atividades domésticas também é uma violência. Também reconhecem que manter uma relação sexual sem o consentimento da parceira. E ainda que a violência surge a partir do momento que há transgressão do respeito.

As respostas fornecidas pelos profissionais estão de acordo com as definições de violência destacadas por Garcia-Moreno *et al.* (2005) e pela Lei Maria da Penha (11.340/2006), que a violência contra a mulher não necessariamente está relacionada apenas a aspectos físicos, mas engloba uma gama de fatores psicológicos, sexuais, morais, entre outros.

Os médicos ainda enfatizaram que a mulher também exerce a violência psicológica ao depreciar o trabalho e outros aspectos relacionados à vida do homem. Isso acrescenta os expostos de Gregori (1993) ao afirmar que as mulheres participam ativamente do processo, uma vez que as agressões caracterizam-se por conflitos de interesses entre os envolvidos, resultante de uma comunicação verbal malsucedida, desencadeando episódios agressivos que marcam uma forma de relacionamento isenta de acordos, entendimentos e negociações. Contudo a violência dirigida ao homem pela parceira não toma as mesmas proporções do seu inverso.

Nossos resultados concordam com a autora e com a SPM (BRASIL, 2005a, p.13) ao expor: "Em alguns casos, tanto o homem quanto a mulher podem ser violentos e

praticar agressões físicas ou verbais, por terem dificuldade de expressar seus sentimentos de forma respeitosa e civilizada".

Outro ponto que nos chamou atenção nas falas dos profissionais foi em relação às suas percepções diante da gravidade da violência. Parte dos médicos destacou a violência psicológica como a mais grave. Os relatos que se seguem ilustram que alguns entrevistados associam essa gravidade à dificuldade de detecção desse tipo de violência.

> *[...] eu acho que a pior em termos, até para diagnosticar, para pessoa perceber que está passando, eu acho que é a violência emocional, aquela um pouco ligada à dependência... difícil às vezes você quebrar isto, eu acho que é a pior, a pior. Até porque, junto com ela, vem a dependência emocional, vem futuramente às vezes uma violência física, uma violência sexual, eu acho que é a pior.*
>
> *(GO_2, mulher, 37 anos, distrito sul)*

> *Eu acho que é a emocional. Porque a física, por exemplo, você vai lá na delegacia, você faz a queixa e tem lá a prova, né. Mas a emocional, quando os maridos, assim... principalmente o marido, começa com aquela agressão emocional mesmo, você não tem como provar e eu acho que causa muito mais danos. É bem mais complicado.*
>
> *(CM_1, mulher, 36 anos, distrito central)*

De acordo com os discursos, a própria mulher apresenta dificuldade em reconhecer a violência psicológica como algo prejudicial a sua saúde, tornando o trabalho de diagnóstico e de comprovação mais difícil, tanto por parte dos médicos, quanto por parte de outras agências envolvidas.

Heise (1994) destaca que a violência emocional e psicológica é considerada pelas mulheres, muitas vezes, pior que as agressões físicas, podendo apresentar danos mais severos do que os abusos físicos.

Outra idéia que surge nos relatos é a de que, por ser mais difícil de detectar, e da própria mulher reconhecer, os médicos afirmam sentirem-se limitados para realizar qualquer tipo de intervenção. Essa idéia será resgatada quando tratarmos das dificuldades dos profissionais para lidar com a situação.

Destacamos também a fala de um profissional ao afirmar que a violência psíquica causa dependência emocional da mulher em relação ao homem, dando margem para o surgimento das violências física e sexual. Esses discursos remetem-nos à definição de violência abordada por Chauí (1985), ao apresentar que os agressores buscam manter a parceria e estabelecem relações hierárquicas, tornando desiguais as diferenças, visando a

dominar, explorar e oprimir, sem, contudo, que o indivíduo note-se imerso na situação, alienando-o, impedindo sua autonomia. Além disso, a violência psicológica provoca feridas na alma, muitas vezes mais difíceis de curar do que as marcas físicas, sendo constantemente acompanhada por outras violências (SAFFIOTI, 2004).

Ainda com relação à violência psicológica, outro aspecto relacionado à gravidade diz respeito à permanência da mulher na situação e o período prolongado em que esta violência ocorre. As falas a seguir retratam este aspecto:

> *[...] mais grave mesmo, do ponto de vista existencial é a violência psíquica. Por que... porque ela é suportável. Então fica aquele casal se suportando anos anos, né. Especialmente a mulher suportando o homem. Mas a mulher também... evidentemente que ela... é bilateral essa revolta. E... é... a violência física de um modo geral, ela permite a definição mais rápida da situação*
>
> *(CM_5, homem, 57 anos, distrito leste)*

> *Talvez essa... parece ser mais grave, mas eu não sei não... eu acho que qualquer tipo de violência é grave... você pode tá psicologicamente ferido e você preferia ter quebrado o dedo e seria mais fácil. Você imobilizava o dedo e daqui um mês você tava bem. E a violência psicológica?... não tem jeito de você imobilizar o cérebro... vir e falar: "oh... isso passa"... não. Às vezes você vai morrer com aquela cosa te incomodando. Então... eu acho, eu acho que todo e qualquer tipo de violência ela é... não tem uma violência pior... eu acho que não.*
>
> *(GO_6, homem, 41 anos, distrito sul)*

De acordo com o exposto, podemos constatar que esses profissionais entendem que a violência física apresenta uma dinâmica mais facilmente detectável e, por isso, passível de uma atuação mais eficaz. Por esse motivo, tendem a considerar a psicológica mais grave. Além de carregar consigo a característica de ser bilateral, em que a mulher é capaz de "se defender" e de também agredir o parceiro.

Saffioti (2004) afirma que uma atitude pode ser considerada agressiva para uma pessoa e para outra não. Schraiber *et al.* (2007) nos chamam atenção para a dificuldade de definição da violência psicológica, por esta ser variável conforme a cultura em que os sujeitos estão inseridos. Portanto, concordamos com as autoras que esse é um dos fatores que dificultam a identificação e a mensuração da violência psicológica.

Alem disso, segundo Dantas-Berger & Giffin (2005), as agressões emocionais, afetivas e morais são consideradas pelas mulheres como as que causam mais dor e sofrimento. Todavia chamamos a atenção para o fato de que muitas vezes este discurso que

aponta a violência psicológica como mais grave, por vezes pode banalizar a situação e impedir a real compreensão da dimensão dos eventos.

Existem ainda profissionais que afirmam ser a violência física a mais grave pelo fato da mulher ser mais fraca e não conseguir revidar, como apresenta os relatos a seguir:

> *Imediatamente assim, quando vem no caso, seria mais grave a agressão física, lógico, porque estaria lesando fisicamente. E a gente fala que contra a lesão psíquica, contra o maltrato psíquico tem o, tem a... tem o troco, quer dizer... você não vai ficar com cara que vai menosprezar você, é trabalho que você faz. Mas às vezes... e a lesão física não tem tempo de você rebater, às vezes você está quieta lá e o cara pum em você, e acabou assunto. Então, em questão de gravidade imediata, e eu acho que a física é mais... mas a outra, a pessoa que... as pessoas têm que ter um nível apropriado para saber dar o troco em quem faz a pressão. Então fica por aí.*
>
> *(GO_1, homem, 55 anos, distrito leste)*

> *Ah... não... a física, né. A verbal... não... eu acho que a violência física é mais grave... a mulher é mutilada... o... não, não... que a discussão verbal... isso pode ocorrer entre o homem e a mulher... isso não... um conflito é... isso é comum... quer dizer, como eu te falei... eu trabalho muito... às vezes as mulheres elevam a voz, gritam e eu procuro respeitar, colocar meu argumento, meu ponto de vista. Eu não posso admitir agressão física contra a mulher.*
>
> *(CM_2, homem, 52 anos, distrito central)*

As duas idéias apresentadas pelos profissionais referem-se primeiro ao fato já descrito anteriormente de que a mulher é capaz de revidar a agressão verbal e, que a violência psicológica pode ser vista apenas como uma discussão, ou seja, não é reconhecida como violência, portanto as marcas deixadas no corpo são mais graves.

Ainda com relação à de gravidade, surgiu ainda à idéia da violência sexual como a mais séria:

> *Agora, quando existe uma... pra mulher em si... é eu acho que ela sente mais pelo lado psicológico, a violência sexual, né. Então... ela ser usada, ou ela ser obrigada a ter um relacionamento. Apesar que apanhar, levar um murro, pontapé, coisa assim, né... é... acaba sendo também ruim. Mas eu acho que o que fere mais tanto física quanto psicologicamente, é mais a violência sexual.*
>
> *(GO_8, mulher, 50 anos, distrito leste)*

De acordo com a passagem destacada, percebe-se a gravidade dessa violência por ferir tanto física, quanto psiquicamente a mulher.

A violência sexual é capaz de assujeitar a mulher, ou seja, nesta relação justificada pela ordem vigente do domínio masculino, a mulher é tomada como objeto de satisfação do homem, abandonando seu status de sujeito com seus direitos sexuais e reprodutivos garantidos por lei (DANTAS-BERGER; GIFFIN, 2005).

Villela e Lago (2007) complementam essa exposição ao apontarem que a violência sexual pode acarretar diversos danos à saúde da mulher. Conseqüências imediatas tais como: infecções do trato reprodutivo, e gravidez indesejada. E ainda, seqüelas a médio e longo prazo, segundo as autoras: "Nestes casos podem ser citadas queixas físicas, como cefaléia crônica, alterações gastrointestinais, dor pélvica, e outras, ou sintomas psicológicos e comportamentais, como disfunção sexual, depressão, ansiedade, transtornos alimentares/obesidade e o uso abusivo de drogas" (p.472).

Os médicos entrevistados apresentam uma visão bastante diversificada com relação à gravidade das violências. A mais comumente apontada como pior foi a violência psicológica. Chama-nos atenção a ausência, nos relatos dos profissionais, da violência moral – exceto por uma médica que a destacou – e da patrimonial.

Devemos deixar claro neste momento que de acordo com nossa concepção sobre violência, todas elas desrespeitam o ser humano na sua autonomia, umas são mais graves que outras, por exemplo: humilhar uma pessoa é menos grave do que ameaçar com uma arma ou estuprar, desta forma consideramos que existem graus de gravidade. Contudo todas elas ferem a integridade física e saúde mental dessas mulheres (KRUG *et al.*, 2003).

2.4 A violência visível: marcas de agressões.

Nesta subcategoria destacamos a visibilidade da violência por meio das marcas das agressões, ou seja, a mulher é agredida fisicamente e chega ao serviço de saúde com sinais claros, tais como hematomas, lesões, fraturas, etc.

O relato dos profissionais mostrou dois aspectos da violência visível. Primeiro, as mulheres chegam às unidades de saúde muito machucadas e com necessidades de tratar ferimentos decorrentes das agressões quando não têm outra opção.

> *Ãh... fisicamente agredia, ela ia às vezes com equimose, com hematoma [...] geralmente quando elas procuram é... é... quando elas sofrem agressões físicas assim de, de importância, né. Que causam lesões assim, consideradas graves, ou sangramento, ou corte, ou hematoma grande, ou quando a coisa vira também um ataque tipo paulada, ou arma, esse tipo de coisa. [...] Chega sempre a pessoa*

"Oh… o cara me atingiu, o cara me bateu, o cara me deu um murro, o cara me jogou no chão".

(GO_1, homem, 55 anos, distrito leste)

Assim, você tem… geralmente a pessoa procura por violência física, pode procurar a ajuda… e que é mais fácil de você identificar. […] quando elas são encontradas, como também teve um caso recente mente aqui na X., a paciente foi espancada… foi encontrada pela mãe em casa, com múltiplas fraturas, né. Então, ela é levada, por causa da violência física, ou ela procura assim, quando ela realmente está no limite.

(GO_2, mulher, 37 anos, distrito sul)

De acordo com as passagens, fica claro que a procura pelos serviços de saúde está relacionada à violência física, uma vez que elas chegam às unidades buscando tratar de seus ferimentos. Nesses casos, em virtude da gravidade do ferimento, os profissionais afirmam que o processo de identificação das usuárias que sofreram violência é mais fácil.

O segundo aspecto decorrente da violência física que é visível devido às marcas das agressões refere-se ao fato de que essas mulheres procuram os serviços de saúde alegando outros motivos que não a violência. Contudo, os médicos reconhecem os sinais que apontam para a violência de gênero.

Essa que eu te contei, eu suspeitava com manchas, equimoses na pele, manchas, equimoses na mama, né… e que eu já sabia… vai manchar uma mama sem alguém forçar, nem nada… de vagarinho eu fui tirando isso dela.

(GO_1, homem, 55 anos, distrito leste)

[…] até hematoma físico a gente já teve caso. A paciente tava toda roxa. A gente perguntou: "Ah, o que que é isso?"… aí a pessoa falou oh: "Meu marido me bateu". Paciente com olho roxo a gente já viu, né.

(CM_4, homem, 47 anos, distrito oeste)

A física, ela é mais gritante, no dia-a-dia e naquilo que nos apresentam… então, você vê marcas, né […] A violência sexual, em geral por sinais físicos, né… por sinais físicos. A gente tem condições de… agora a violência física também, né […] muitas vezes a gente detecta, né… sinais físicos de que essa pessoa possa estar sendo agredida.

(GO_5, mulher, 30 anos, distrito oeste)

E às vezes no exame clínico você uma equimose, alguma coisa, né. Que às vezes não é visível, tá de roupa, se não vê. Mas na hora que você vai examinar você vê. Você fala: "o que que foi isso aí?"… mente, né… você vê que não foi um negócio

> *que deu uma pancadinha e fez um roxo localizado. A pessoa cheia de coisa roxa… lesão de períno, né. Aí você fala… "o que que aconteceu, né?"*
>
> *(GO_8, mulher, 50 anos, distrito leste)*

A partir do discurso desses médicos, podemos perceber que as mulheres chegam às unidades com marcas da agressão, apesar de não procurarem o serviço para tratar da violência. Quando são questionadas pelos profissionais, muitas vezes, abordam o assunto abertamente e, outras, justificam as marcas com tombos e batidas. Mais uma vez, a identificação da violência sofrida é possível devido às marcas deixadas no corpo dessas mulheres.

2.5 A violência desvelada: o discurso das mulheres.

Esta subcategoria aborda o relato dos médicos sobre a violência por eles percebida, isto é, quando as mulheres chegam aos serviços e contam que estão sofrendo agressão ou ainda quando algum sintoma permite ao profissional identificar a violência.

É interessante observar, por intermédio do discurso de vários dos entrevistados, que a relação estabelecida entre médico-paciente promove uma confiança que viabiliza um canal de comunicação da mulher para com a figura do médico, e ainda, em se tratando de mulheres pertencentes a uma classe social mais baixa, esse vínculo parece ser mais facilmente estabelecido. A passagem a seguir ilustra estes apontamentos:

> *Aqui não, aqui a violência é mais desbocada, né, tem que mostrar a violência, quando a pessoa do nível mais baixo, ela sempre fala "Meu marido me bateu, ele me chutou, pegou um pau, deu com o pau na minha barriga, querendo matar o meu nenê", esse tipo de coisa. […] E você fica sabendo dos problemas íntimos da mulher, ginecologia é uma coisa que querendo ou não querendo, você interfere, porque você fica sabendo da situação. […] Aí você começa, você vai de vagarinho, o que está acontecendo, isso não forma do dia para noite, você vai cortando as respostas dela, apertando, chegando no final, "Ah … o senhor tem razão doutor, quem causou isso foi o meu marido, e ele me bate, quando ele ta drogado ele senta a mão em mim, me pega forte demais". Aí você fica sabendo, mas você tem que ir tirando.*
>
> *(GO_1, homem, 55 anos, distrito leste)*

Além do fato dos médicos perceberem a necessidade de estabelecer confiança para abordar questões mais delicadas com suas pacientes, tal como é a violência doméstica, aparece em seus relatos que as mulheres nesta situação não necessariamente buscam as

unidades de saúde para tratar das lesões. Chegam aos serviços com as mais variadas demandas e, os médicos conseguem identificar que essas queixas – tais como dores difusas, etc. – muitas vezes sem explicações físicas podem estar relacionadas à violência e, por meio do diálogo estabelecido com essas mulheres, eles confirmam a situação de agressão.

> *Só que aqui, se você conversar com as mulheres, você vê muita violência… a agressão de… emocional mesmo, você vê muita agressão… é a falta de respeito. […] Também… elas, essas daí… na verdade elas não procuram por isso… essas eu pego mais aqui no consultório, então aí… você acaba, durante a conversa elas acabam falando. […] quando tem muita queixa, principalmente sexual, ou então… é muita queixa assim, de… é, subjetiva, dor pra ter relação, essas coisas… aí eu às vezes pergunto se tá tendo estresse, como que tá na vida do casal, aí elas acabam contando. Mas elas não vêm falando isso não. Aí a gente acaba perguntando, elas acabam contando.*
>
> *(GO_4, mulher, 29 anos, distrito central)*

> *[…] doenças… é… somatização, né… formigamento, dor… coisas assim, sintomas… somatização de doenças mesmo. Aí você busca… não tem… é… aí você acaba vendo que tem alguma coisa direcionada a fatores emocionais. Aí, realmente… é… às vezes nem na primeira consulta não acontece isso. Ela vem aí: "Vamos fazer um exame…" Aí numa segunda vez ela… acaba… falando.*
>
> *(CM_4, homem, 47 anos, distrito oeste)*

> *Mas… é… é que eu acho que as pessoas desse… dessa faixa… sei lá… vamos chamar assim… desse grupo da sociedade que eu trabalho… é… facilmente falam mais sobre isso, do que das outras classes sociais mais elevadas. […] Mas a gente tem sinais, né… a gente tem sim. […] Aqui… elas não vêm pelo simples fato de sofrerem violência… aqui elas vêm com um problema da área, da minha área de trabalho, que é com problemas ginecológicos […] os relatos em geral não batem com as imagens físicas que às vezes a gente encontra, né… a gente encontra, é… mas assim… aqui não é o lugar em que elas buscam pela violência. Não é isso que as trás à consulta. Então, são detecções que a gente faz, assim… que não é a queixa principal.*
>
> *(GO_7, mulher, 48 anos, distrito oeste)*

> *Eu já tive pacientes que me revelaram, mas elas não vieram com essa queixa. Entendeu?… Isso foi uma coisa que, a gente começa retirando conforme a gente vai colhendo a história. […] Normalmente porque tá tendo dor pra tudo quanto é lado. E tá vivendo com angústia, são os casos de depressão.*
>
> *(CM_1, mulher, 36 anos, distrito central)*

Mais uma vez, deparamo-nos com a necessidade do estabelecimento de uma relação de confiança entre o médico e o paciente para que a mulher sinta-se à vontade em tratar abertamente as dificuldades em seu relacionamento, que muitas vezes podem interferir em seu bem-estar físico e mental, manifestando-se por sintomas, dores, queixas difusas, ou seja, a somatização acaba por denunciar a violência doméstica.

Podemos observar também que os médicos tendem a apontar as mulheres de classes sociais baixas como mais dispostas a tratar abertamente as questões relacionadas à violência. Aqui cabe-nos um questionamento: será que as mulheres de classe baixa realmente tratam de forma mais aberta esse fenômeno, ou, os médicos atendem mais comumente mulheres de classe inferior e por isso acreditam que elas falem mais abertamente?

Essas idéias parecem divergir dos dados apresentados por Santos (2003) e Marinheiro (2004), ao referir-se que as usuárias procuram os serviços de saúde apenas para tratar das lesões, não as reportando aos médicos. Nossos dados indicaram que apesar dessas mulheres chegarem aos serviços com queixas diversas, não necessariamente relacionadas à violência, alguns dos profissionais são capazes de identificá-la, e, ao estabelecer uma relação de confiança com suas pacientes, criam um canal de comunicação entre eles, possibilitando que a violência abandone ou ao menos diminua sua invisibilidade.

Neste sentido, concordamos com Schraiber *et al.* (2003) ao exporem sobre a importância da linguagem entre profissional-usuária, ou seja, que os médicos estejam dispostos a ouvir a queixa dessas mulheres isentos de *pré-conceitos* e sem julgá-las.

SPM (BRASIL, 2005a) também destaca a necessidade do profissional realizar uma escuta ativa, pois esta "é uma maneira solidária de administrar o diálogo, de forma a ajudar a pessoa escutada a restaurar um laço de confiança, na medida em que se sinta compreendida e respeitada" (p.49).

Distinguindo-se do relato dos outros participantes, destacamos um discurso divergente dos demais. Apresenta a mesma idéia central das falas supracitadas de que a mulher não vai à consulta para tratar a violência. É capaz de perceber a violência pelos sintomas e muitas vezes a própria agredida confirma e relata essa agressão. O que nos chama atenção é que mesmo diante deste contexto, esta passagem aborda que essa mulher em hipótese alguma está procurando ajuda, conforme esclarece:

> *Às vezes a mulher fala, você entendeu... às vezes ela fala. Mas ela não quer ajuda. Não quer ajuda. Às vezes fala. Não vem, pra isso. No contexto de uma consulta, ela... a tal mulher agredida não vem por causa disso aqui, né. Se ela quer resolver o problema ela procura a polícia. Não procura o posto de saúde.*
>
> *(CM_5, homem, 57 anos, distrito leste)*

Constatamos que neste discurso a violência é identificada, no entanto, há a crença de que a mulher não busca o serviço de saúde como alternativa para resolver questões relacionadas à agressão.

Neste momento, cabe-nos um questionamento: será que essa maneira de perceber o fenômeno da violência doméstica não estaria, de certa forma, moldada a partir da noção de que se trata de um problema de polícia, não de saúde? E, ainda, não estaríamos às voltas de profissionais que desconhecem os aspectos e suas funções perante uma mulher em situação de da violência?

Parece estarmos diante de uma questão amplamente abordada em diversos estudos (SCHRAIBER *et al.*, 2002) e documentos (BRASIL, 2003, 2004, 2005), que destacam a necessidade de capacitar e sensibilizar profissionais de saúde para lidar com esses casos. No momento, basta-nos levantar esses questionamentos, pois a questão da capacitação será retomada posteriormente.

2.6 A violência ignorada

Conforme pudemos observar nas subcategorias anteriores, de certa forma, existem fatores que denunciam e facilitam a identificação da violência. Entre eles, as marcas corporais e o próprio discurso das mulheres. Pudemos ainda constatar, a partir do discurso dos médicos, que parte deles é capaz de perceber a violência doméstica, mas, por algumas razões, acabam por ignorá-la.

> *É... isso eu falei para você que eu não posso te ajudar muito, **porque eu não vi muita coisa**, honestamente falando. Nesses, eu tenho de rede 18 anos, não vamos contar o resto que eu tenho de consultório, de clínica particular, ãh... **não tive muito contato com violência**, os poucos contato que eu tive foram em outro posto, inclusive, um posto mais de periferia. Eu vi, mas não pude constatar, porque não tinha... o tempo já tinha sido [...] Essa que eu te contei, eu suspeitava com manchas, equimoses na pele, manchas, equimoses na mama, né... e que eu já sabia... vai manchar uma mama sem alguém forçar, nem nada... de vagarinho eu fui tirando isso dela. Aí você começa, você vai de vagarinho, o que está acontecendo, isso não forma do dia para noite, você vai cortando as respostas dela, apertando, chegando no final, "Ah... o senhor tem razão doutor, quem*

> *causou isso foi o meu marido, e ele me bate, quando ele ta drogado ele senta a mão em mim, me pega forte demais". Aí você fica sabendo, mas você tem que ir tirando. Ela dificilmente conta, a não ser quando chega no pronto atendimento que daí ela chega sangrando, aí não ter que fazer, ela já fala.*
>
> *(GO_1, homem, 55 anos, distrito leste)*

> Então você já atendeu mulher aqui em situação de violência? *Sim… sim. […]* ***eu não tenho visto muito, eu não sei se acabam não vindo aqui… como aqui é atendimento ambulatorial*** *[…]A gente sempre busca a confiança… pra tentar. Se ela fala: "Ah não… tá tudo bem… e tal, resolveu". E não quer falar mais… significa que eu não consegui a… a… ou então realmente resolveu, né… ou então não quis… perdeu a confiança. Então é uma coisa que eu sempre busco, em todos os pacientes eu busco a confiança, né. […]* ***Foi o que eu te falei… não vem aqui…***
>
> *(CM_4, homem, 47 anos, distrito oeste)*

> ***A gente vê… mas eu não atendo… é… de um modo geral não chega esse problema pra mim. Esse problema não chega pra mim.*** *[…] Suspeita sim… isso é freqüente. Suspeita de agressão é freqüente. Mas… eu não resolvo esse problema e ela não chega espontaneamente pra mim. Eu olho, vejo, mas… não. […]* Mas o que leva o senhor a suspeitar? *Às vezes a mulher fala, você entendeu… às vezes ela fala. Mas ela não quer ajuda. […] Já vi por exemplo, uma que veio aqui com, com um corte grande no braço… o marido jogou um prato nela, cortou o braço, quase que lesou o tendão, ficou. Era evidente que era uma briga e ela negava que era uma briga, certo. E assim são todas. Ou seja, elas negam as brigas. Ou por medo do marido, tá certo… ou porque querem permanecer na relação e assim por diante. Mas elas negam. […]* E o senhor tem alguma dificuldade pra estar lidando com uma situação dessas? *Não, porque eu praticamente não lido com isso. Não lido com isso aqui. Não lido porque elas não querem que isso seja discutido aqui.*
>
> *(CM_5, homem, 57 anos, distrito leste)*

A partir das falas dos entrevistados, foi possível perceber que, em alguns casos, os médicos identificam a violência observando comportamentos e contradições nas falas de suas pacientes. No entanto, muitas vezes, as mulheres não falam sobre os episódios ou, ao serem questionadas, muitas vezes negam. É interessante perceber que, em um momento, os médicos afirmam não atenderem ou não terem contato com casos de violência (passagens grifadas). Contudo, há uma contradição em suas falas, pois, no decorrer do discurso, descrevem algumas experiências relacionadas a episódios de agressão, demonstrando que tiveram contato com casos de violência doméstica e são capazes de identificá-los.

Essa noção, de certa forma contesta os resultados apresentados por Santos (2003), Rodríguez-Bolaños, Márquez-Serrano & Kageyama-Escobar (2005), Schraiber & D'Oliveira (1999) de que a mulher procura os serviços de saúde como conseqüência das

agressões, porém os profissionais não identificam esses casos. Como verificamos, os médicos têm contato com casos, são capazes de identificar muitas das usuárias em situação de violência doméstica, ou por sintomas visíveis, por alterações comportamentais ou pelo relato das pacientes, mas continuam afirmando que não atendem.

Dessa forma, parece que não estamos diante de um caso de invisibilidade, mas de profissionais que ignoram o fato das usuárias sofrerem violência. Concordamos com Sugg & Inui (1992) ao afirmarem que os médicos possuem conhecimentos sobre a temática da violência de gênero, porém o problema está relacionado provavelmente com a forma como concebem as relações de gênero e a violência no contexto da parceria conjugal.

Apoiamos também as idéias de Peltzer & Mabeba (2003) ao destacarem que o fato das usuárias não relatarem ou negarem a situação de violência é resultante de atitudes de antipatia e hostilidade dos médicos, justificadas por Schraiber *et al.* (2002) ao afirmarem que as demandas das usuárias não têm lugar reconhecido entre os profissionais, por falta de canais de comunicação entre eles.

Porém, devemos esclarecer que não estamos afirmando que a invisibilidade não exista, uma vez que, de acordo com Marinheiro (2004), 45% das usuárias que freqüentam os serviços de saúde de Ribeirão Preto já sofreram violência alguma vez na vida. Estamos apoiando a idéia de que a invisibilidade muitas vezes é caracterizada não por um desconhecimento do profissional, mas por profissionais que preferem negar a existência da violência para não ter que lidarem com ela e por outras diversas barreiras que destacamos anteriormente. A invisibilidade existe, não temos dúvida, pois inúmeras vezes ouvimos os profissionais afirmarem que não tiveram contato com casos de violência ou que se investigassem mais a fundo conheceriam mais casos:

> *[...] pela prevalência... ainda tem muita violência, né. A mulher... eu acho que muito mais do que a gente estima... que a maioria das pacientes eu acho que nem falam, né. E se a gente não percebe... pelo o que ela falou, se não tem nenhuma marca no corpo... a gente não fica sabendo, né.*
>
> *(GO_5, mulher, 30 anos, distrito oeste)*

3 - Papel dos médicos diante da violência doméstica contra a mulher.

Esta categoria contempla as atuações profissionais diante de uma mulher em situação de violência. Está dividida em quatro subcategorias. Inicialmente, buscamos verificar quais instituições e profissionais os médicos destacam que deveriam envolver-se

com responsabilidade pelas violências domésticas. A próxima subcategoria apresenta quais são as atitudes dos médicos diante de um caso de violência. Na terceira, enfatizamos seu entendimento sobre qual deveria ser o atendimento ideal perante uma usuária que apresenta esse tipo de queixa. A última subcategoria descreve as barreiras identificadas pelos profissionais, o que dificulta uma atuação eficaz por parte deles.

3.1 Violência contra a mulher: o problema é de quem?

Esta subcategoria aborda a opinião dos médicos a respeito de quem é a responsabilidade de lidar com casos de violência. Os discursos mostraram-se bastante divergentes, indo de profissionais que acreditam que são responsáveis por tomar alguma atitude perante o caso, até aqueles que afirmam não ter nada a ver com a questão.

Iniciaremos abordando os médicos que alegam ser de sua responsabilidade o atendimento a partir do momento em que a mulher busca o serviço de saúde com essa queixa.

> *Depende de como você vai se intrometer, eu acho que... claro que você tem que interferir sim, principalmente se a pessoa tá te procurando, ou se você ouve falar. Mas... há maneiras e maneiras, não é... você chegar lá e só... como você vai interferir que é complicado.*
>
> *(GO_2, mulher, 37 anos, distrito sul)*

> *Ah... eu meto a colher sim. (risos). Primeiro eu acho assim... o fim a agressão física, né. Então... quando chega aqui, assim, contando essas coisas com agressão física, ou contando... muitas das vezes a mulher fala: "ah... ele me chama de louca, ele me chama de não sei o que, ele me chama de vagabunda". Aí eu dou uns conselhinhos. [...] Alguma coisa tem que ser feita, né... desse jeito eles não podem viver. É... eu tento mete a colher, mas a gente não pode chegar e falar... às vezes dá vontade* (de dizer)*... "larga desse traste", mas não pode.*
>
> *(GO_4, mulher, 29 anos, distrito central)*

> *É... é... como médica, eu acho assim... que eu não tenho condições... mas eu acho que a orientação cabe a mim, dar sim... do risco que uma pessoa pode às vezes tá correndo... das atitudes que ela poderia estar tomando... tudo em termos da localidade, dentro da adequação. Orientação... a decisão é sempre da outra pessoa. [...] Mas eu acho que nesse sentido a gente... é... funciona como orientador... né... detector e orientador de algumas coisas. Mas atitudes reais... compete à parte violentada, né... a mulher, no caso.*
>
> *(GO_7, mulher, 48 anos, distrito oeste)*

De acordo com essas passagens, podemos constatar que esses profissionais acreditam ser de sua alçada o atendimento de casos de violência doméstica, pois, a partir do momento que uma mulher chega ao serviço de saúde com uma queixa ou com sintomas de agressão, o médico tem a responsabilidade de atendê-las, assim como dar o melhor andamento ao caso.

Esses resultados mostram-se adequados com as disposições de Krug *et al.* (2003) que a violência é um problema de saúde pública devido à magnitude de suas seqüelas e de sua alta prevalência. E ainda que, segundo a Carreira & Pandjiarjian (2003) e SPM (BRASIL, 2003), os serviços de saúde são portas de entrada para mulheres em situação de violência, sendo encargo dos profissionais identificar, acolher, realizar os procedimentos adequados, visando ao atendimento integral à saúde da mulher. É possível perceber que esses profissionais têm clara noção de suas responsabilidades perante casos de violência de gênero.

Outra idéia que apareceu nos relatos foi a de que a violência é um problema de saúde, mas o profissional responsável que deveria tratar esses casos é o de saúde mental, por ter mais experiência e condições para lidar com esse fenômeno. A passagem a seguir ilustra esse apontamento:

> *[...] eu acho que alguém tem que meter a colher, mas com propriedade, né. Tem que ser alguém que entenda do assunto. [...] muitas vezes ela acha que a gente é médico e que pode... mas... isso aí é a área... do pessoal da saúde mental que vai fazer uma terapia de casal ou coisa assim, é por aí. [...] agora... profissional da área de saúde tem condições de ajudar nisso aí, o de saúde mental, tem condições de ajudar nisso aí. Ah... o padre não vai ajudar, o médico clínico vai ajudar muito pouco.*
>
> *(CM_3, homem, 55 anos, distrito central)*

Esse profissional afirma não se sentir seguro para atender a um caso de violência, pois acha que quem deve se envolver no problema é um profissional da saúde mental, acreditar que esta seja uma área especializada para lidar com o fenômeno.

De fato, o manejo de aflições psíquicas é da competência dos profissionais de saúde mental, entretanto, todas as atitudes tomadas no serviço de saúde, desde o momento em que a mulher procura a instituição, podem ser consideradas terapêuticas, pois, segundo Pedrosa (2003, p.54), "em um primeiro momento, o mais indicado seria que a mulher fosse ouvida e acolhida pelo profissional que ela escolheu como interlocutor". E ainda, o médico

é responsável por promover um atendimento integral à saúde da mulher (SPM, BRASIL, 2003). E ainda que a violência de gênero é considerada como uma questão que deve ser acolhida por uma equipe multiprofissional.

Além das idéias apresentadas acima, surgiu à percepção de que a violência doméstica não ser responsabilidade médica, ao se destacar que se trata de um problema social, desvinculado da saúde, sendo, portanto, uma questão policial. A passagem a seguir apresenta esta idéia:

> *Se ela quer resolver o problema ela procura a polícia. Não procura o posto de saúde. […] Não é que não é necessário, isso não resolve nada… isso vai criar mais problema. Quem precisa procura ajuda. Procura ajuda. O que é preciso é dar suporte pra quem procura ajuda. Ajuda é na delegacia… na delegacia da mulher. É isso aí… não é um problema de saúde. É um problema psico-familiar-social. Não é… nós não temos condição, nem, preparo pra isso.*
>
> *(CM_5, homem, 57 anos, distrito leste)*

Essa noção é apresentada por Schraiber & D'Oliveira (1999) ao afirmarem que alguns profissionais de saúde acreditam que a violência doméstica é uma problemática que não deve ser encarada pela perspectiva médica, mas diz respeito à Segurança Pública e à Justiça.

E ainda que, além de ser um problema de polícia, é uma questão estritamente pessoal, que seu dever é apenas tratar dos ferimentos, e quem tem de tomar alguma atitude para cessar a violência é somente a mulher, conforme o relato:

> *Se ela não quer interferência na vida dela, eu não interfiro na vida dela. Ela toma as decisões da vida dela. Se ela quer continuar nessa vida, o problema é dela. Não é meu… o problema meu é suturar o braço dela, tá certo. […] Não, porque eu praticamente não lido com isso. Não lido com isso aqui. Não lido porque elas não querem que isso seja discutido aqui.*
>
> *(CM_5, homem, 57 anos, distrito leste)*

Esta passagem ilustra uma total desresponsabilização do profissional com a questão da violência e a não incorporação da evolução do conceito de saúde, permanecendo atado à noção positivista apresentada por Minayo (1994), de que a saúde deveria voltar seus esforços para tratar os efeitos da violência, tais como traumas e lesões, desconsiderando a complexidade do fenômeno. Estando de acordo com os expostos de Rodríguez-Bolaños *et*

al. (2005) ao afirmarem que os médicos consideram um problema de caráter privado, por isso acabam não atuando perante o fenômeno.

Os discursos apresentaram-se bastante variados, visto que alguns médicos têm consciência do seu papel profissional de realizar o atendimento integral à saúde da mulher, dando vazão a questões não apenas biológicas, incluindo nessa consulta aspectos psicossociais. Em contrapartida deparamo-nos com profissionais que parecem permanecer atrelados ao modelo biomédico de atendimento, que não leva em consideração outros fatores que possam estar envolvidos com as queixas das pacientes, prejudicando a saúde delas.

Cabe-nos aqui destacar que o atendimento a uma mulher em situação de violência deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde, e integrado em rede com outras agências tais como as DDMs, os Juizados Especiais, etc. (CARREIRA & PANDJIARJIAN, 2003).

3.2 As atuações diante de um caso de violência.

Esta subcategoria refere-se ao relato dos médicos quanto às suas atitudes diante de mulheres em situação de violência. Isto é, ao serem questionados sobre o que eles fazem quando se deparam com uma paciente que sofreu algum tipo de violência, obtivemos respostas variadas.

Uma parte dos entrevistados afirmou que procura orientá-las, esclarecê-las e acolhê-las, as passagens a seguir ilustram essa idéia:

> *Eu tenho procurado conversar… lógico, faz toda anamnese, faz o exame e tudo mais… acaba partindo depois para uma… é… é… conversa… ver realmente qual é o fundo, né. Muitas vezes eu peço a ela: "Marca com seu marido, pede pra ele vir aqui conversar comigo". […] E nesses casos de… de… exames, conversa… às vezes a gente tenta… tenta colocar (risos) na cabeça delas que elas não são assim… é… marionetes na mão do homem. Eu acho que sempre coloco essa posição. "Busca alguma coisa, vai fazer isso… vai fazer aquilo e tal". "Mas ele não deixa". "Então busca… e faz assim, você não pode ficar assim… vira… roda a baiana". Uso termos que realmente dá pra elas entenderem. Estimulo, não sei se to errado, eu faço isso. […] a confiança… eu estímulo ela a… eu estímulo ela a tá sempre vir na consulta… sempre em busca […] Eu tento mostrar preocupação no aspecto.*
>
> *(CM_4, homem, 47 anos, distrito oeste)*

> *[...] eu estou falando em termos de posto de saúde mesmo... chamar aquela mulher para estar conversando, esclarecendo que ela tem maneiras como procurar ajuda, é interessante. [...] Eu vou tentando puxar da pessoa... porque eu não coloco, olha eu acho isso, isso e aquilo. Eu vou tentando puxar para pessoa, ver o que que ela sente, se ela tem pelo menos consciência do que está acontecendo.*
>
> *(GO_2, mulher, 37 anos, distrito sul)*

> *Não... você tem que dar é muito apoio moral. Você tem de procurar ser amigo da pessoa e... como essa moça, procurar ouvir o que ela tem a dizer, não tentar só tirar as coisas à força. Tentar acalmar, falar que vai dar tudo certo, se ela não se sentir amparada, né. Se ela não se sentir diante de uma pessoa amiga, ela não se abre não. Tem que procurar manter um vínculo de pelo menos amizade naquele momento.*
>
> *(GO_1, homem, 55 anos, distrito leste)*

Segundo os profissionais, é necessário manter um diálogo procurando esclarecer que aquela situação não é saudável; há risco de sofrer seqüelas mais graves; não precisa passar por aquilo; há recursos e locais aonde recorrer, buscando fazer com que essas mulheres tomem consciência da situação e percebam que sofrem violência doméstica. Além de destacarem a necessidade de manter o vínculo com as pacientes.

Essas atitudes estão de acordo com os expostos de Schraiber *et al.* (2002) que enfatizam a necessidade desses profissionais tomarem ciência da magnitude da violência e suas conseqüências para a saúde da mulher, promovendo um atendimento baseado no acolhimento e no respeito, para que a paciente sinta-se confiante em expor suas questões, possibilitando o prosseguimento do caso. Além disso, os autores nos atentam para a necessidade de escutá-la e entendê-la sem julgar ou agir de maneira preconceituosa. Assim, torna-se possível esclarecer os riscos aos quais ela está sujeita.

Esta idéia é também apoiada pela SPM (BRASIL, 2005a), ao expor a necessidade do profissional realizar uma escuta ativa, mostrando-se implicado com a demanda apresentada pelas pacientes.

E ainda, essas práticas de atendimento seguem as ações propostas pela SAS (BRASIL, 2004) no que se refere à humanização do atendimento, visando a conscientizar as mulheres em relação aos seus direitos, sobre seu corpo e sua saúde, aprimorando, com isso, sua capacidade de autonomia.

Outra atitude referida pelos médicos nos discursos, diz respeito ao encaminhamento como uma alternativa para dar prosseguimento aos casos de violência.

> *Manda para o serviço social. Ou aconselha-se fazer um BO. Eu dou este conselho. Ou ir na Delegacia da Mulher, tem uma delegacia especificamente para a mulher que sofreu agressão física, sabe? Então, a gente recomenda ir lá. Não chamam eles, eles não vêm. Nós orientamos ela para ela fazer, para ela ir. Explica quais seriam… se ela não vai quais seriam os problemas, o risco de ela ser agredida novamente, essas coisas. Orienta certinho, aí que ela decide se vai ou não vai. […] Agora, se for alguma coisa que a gente não consiga resolver, manda para o lugar certo, né. Como eu te falei, no HC, se, por exemplo, se tratar de uma agressão, de alguma coisa… manda para o HC. O HC tem uma estrutura bem, bem feita… eles têm os recursos necessários.*
>
> *(GO_3, homem, 52 anos, distrito norte)*

> *Causou um dano psicológico… você vai ter que reparar esse dano psicológico. Daí você vai encaminhar […] e assim vai. Você vai de acordo com o que… o problema… o que causou, né… o que ela tá apresentando de problema.*
>
> *(GO_6, homem, 41 anos, distrito sul)*

Segundo esses relatos, os médicos procuram encaminhar essas pacientes a outros serviços disponíveis, para que elas possam dar continuidade ao caso. Entre eles, encontram-se: o serviço social, psicologia, DDM. Além disso, destacam a existência de um serviço especializado em violência contra a mulher existente no HC voltado especificamente a violência sexual.

Esse procedimento de encaminhar essas mulheres a outros locais condiz com a rede de serviços proposta por Carreira & Pandjiarjian (2003), SPM (BRASIL, 2003) e SAS (BRASIL, 2004) que enfatizam a necessidade de uma atuação conjunta entre instituições governamentais e não-governamentais para o enfrentamento da violência doméstica.

Houve ainda aqueles que se referiram à necessidade de notificar os casos.

> *Tem um protocolo que a gente preenche de violência contra a mulher. Daí passa pra enfermeira, aí… você toma as medidas, né… vai ver. […] É… é um papel que já vem, já… tudo preenchido e é só você ir colocando xis […] Porque tem aquela é… a normatização que a gente deve comunicar casos de violência contra a mulher, entendeu. Então se ela vem aqui… e queixa disso e eu não notifico, amanhã, se tiver algum problema, alguma coisa… eu vou ser questionado porque que eu não notifiquei, entendeu?*
>
> *(GO_6, homem, 41 anos, distrito sul)*

> *O correto é você notificar… mas a depender do caso, se for físico… a gente tem que notificar*
>
> *(GO9, homem, 46 anos, distrito norte)*

Essa postura dos médicos de notificar mostra-se correta e adequada, uma vez que é prevista na Lei n.º 10.778, de 24 de novembro de 2003, para qualquer caso de violência contra a mulher. A notificação é uma importante fonte de dados para o dimensionamento epidemiológico do fenômeno e permite desenvolver ações específicas (SALIBA *et al.*, 2007). Contudo, a subnotificação existente dos casos de violência, denuncia que o discurso desses profissionais, podem não condizer com a prática. De acordo com Deslandes; Gomes & Silva (2000) os profissionais de saúde não estão sensibilizados com a questão da violência contra a mulher o que muitas vezes é causa da subnotificação observada nos serviços de saúde.

O relato de muitos médicos sobre suas atitudes perante uma mulher em situação de violência mostrou-se adequado às disposições, normas, resoluções e políticas públicas propostas.

3.3 O atendimento ideal para um caso de violência de gênero.

Esta subcategoria aborda o relato dos médicos ao serem questionados sobre qual seria o atendimento ideal a uma mulher em situação de violência. Mais uma vez observou-se uma variedade nos discursos.

Parte dos profissionais afirma que o ideal é encaminhar a mulher para fazer a denúncia na delegacia, como demonstra o relato a seguir:

> *Denunciar, obviamente com aval da pessoa, né... eu acho que não pode passar por cima da vontade da pessoa, porque aí corta aquele elo de confiança. Porque amanhã ela pode apanhar de novo e não vem te contar, então você não vai fazer o que ela não quer. Então, é mais fácil você ser amigo dela e tentar convencê-la a ir lá, fazer essa denúncia, e dar sua amizade como segurança para ela [...] fazer com que a mulher conceda que você faça essa denúncia, ou então... você convença a mulher a fazer a denúncia.*
>
> *(GO_1, homem, 55 anos, distrito leste)*

Segundo o discurso, é necessário estabelecer uma relação de confiança com a paciente para que ela possa se sentir segura em apresentar sua demanda, evitando impor atitudes que podem ser percebidas como negativas pela mulher, para que seja possível encaminhá-la à delegacia.

Outro aspecto que surgiu no discurso dos médicos foi com relação à necessidade de haver um atendimento mais humanizado, além de um acesso mais fácil à DDM, como demonstram as passagens abaixo:

> *[...] Eu acho até que devia ter um canal, a única coisa que eu mudaria, um canal aberto de todo o posto de saúde, ou um telefone específico para falar com a delegacia da mulher, sabendo que vai tocar lá e alguém de lá vai atender e falar olha "Eu tenho um caso que eu estou encaminhando, tá". Esta facilidade tem que ter.*
>
> *(GO_1, homem, 55 anos, distrito leste)*

> *Segundo, assim... até lá na delegacia, ter uma... um serviço mais especializado, não adianta falar que é delegacia da mulher porque... a delegacia da mulher é uma vergonha, se você quer saber. Muitos pacientes que eu vejo aqui indo lá, voltam chorando porque esbarram... elas não são, não é um lugar assim específico pra lidar com isso, elas... não tem capacitação, não adianta. Elas não têm o mínimo de, de... os policiais não têm... não têm sensibilidade pra lidar com esse problema, então eu acho que esse é o pior, pior coisa que acontece.*
>
> *(GO_4, mulher, 29 anos, distrito central)*

Aqui podemos constatar uma denúncia feita pelos médicos de que a DDM é um local que não respeita as mulheres, pois os policiais não estão devidamente capacitados e sensibilizados com o fenômeno da violência. Alegam, também, que o atendimento às mulheres seria mais eficiente se houvesse um canal de comunicação aberto entre a delegacia e o serviço de saúde.

Encontramos ainda alguns profissionais que defendem a criação de um protocolo ou um atendimento padrão para lidar com essas situações. Segue os relatos:

> *[...] eu acho que poderia ter um padrão... básico. Mas pra alguns casos, não sei se seria pra todos, né. Não tenho idéia se serviria pra todos. [...] Se tivesse um padrão talvez pudesse nortear isso. Norteando pra poder... mesmo que você saiba o que. Mas eu acho que ter um padrão seria bom. Não sei se serviria pra todos, mas eu acho que sim.*
>
> *(CM_4, homem, 47 anos, distrito oeste)*

> *É... talvez fosse válido sim, não sei... porque na violência sexual tem. Tem um protocolo que a gente segue à risca. Pra violência comum... não tem. [...] Eu acho que se tivesse algum protocolo... talvez pudesse ajudar mais sim.*
>
> *(GO_5, mulher, 30 anos, distrito oeste)*

A partir das passagens, podemos perceber que existem alguns médicos que defendem a criação de um padrão que oriente o atendimento, facilitando a atuação deles.

Em contrapartida, existem outros profissionais que afirmam que a criação de protocolo não é eficaz para o atendimento médico, pois "cada caso é um caso", como demonstra os relatos a seguir:

> *Devia ter, igual eu falei... um esquema montado em que você passaria essa paciente pra uma pessoa que tivesse uma disponibilidade de tempo maior pra poder fazer uma entrevista, pra poder atuar e realmente visualizar aonde poderia ajudar. [...] Eu acho... eu acho que deveria ter um esquema... padrão pra ser humano é muito difícil, né... porque cada cabeça reage de um jeito, cada cabeça tem o seu modo de ver o mundo, né. Agora... pelo menos uma espinha dorsal onde que você trabalharia naquilo, e você identificaria as coisas seqüenciais pra poder saber onde a pessoa deve ir, com quem deve recorrer, como deve ser atuado... acho que isso é importante ter. Não que você tivesse um protocolo, mas que você tivesse um esquema aonde que você tivesse uma seqüência que você poderia identificar e dar um apoio a essa pessoa.*
>
> *(GO_9, homem, 46 anos, distrito norte)*

> *Eu acho que padrão é o seguinte, se tiver que ter um padrão, o padrão é: dar um atendimento diferenciado, entendeu? Então teria que ser um atendimento mais humanizado, mas não... sistemático, protocolado. Vai fazer um protocolo para isso, não... isso é bobeira. Cada caso é um caso, entendeu? Anotar tudo, fazer uma anotação boa para quem vier atrás de você, uma outra pessoa para atender saber o que efetivamente aconteceu e se possível pedir ou fazer com que ela denuncie.*
>
> *(GO_1, homem, 55 anos, distrito leste)*

Esses médicos acreditam que para o atendimento de casos de violência doméstica não adianta haver protocolos fechados e sistematizados. Talvez, se houvesse um guia para nortear o atendimento, este fosse mais efetivo. Colocam ainda que o ideal seria haver disponibilidade de profissionais que prestassem um atendimento mais humanizado, com mais tempo de consulta.

Outro ponto explorado pelos médicos foi a necessidade do atendimento multidisciplinar, como mostra as passagens a seguir:

> *Acho que é trabalhar com a equipe multidisciplinar, como eu disse. [...] mas é isso que eu falo... a abordagem psicológica dessas pessoas, uma orientação melhor em termos de assistência social... em termos de assistência... até de direito, né... direitos humanos, direitos legais, né... eu acho que as pessoas não tem noção. Nem eu mesma tenho noção, digamos, de muita coisa.*

(GO_7, mulher, 48 anos, distrito oeste)

> *Eu acho que um caso de uma mulher em violência não atendida só por um profissional, tem que ser uma equipe multidisciplinar, você tem que ver o pessoal da enfermagem, você tem que ter psicólogos, você tem que ter uma série de profissionais da saúde que você tem que trabalhar junto no meu entender. Eu sozinho não vou dar conta de resolver. E a gente aqui não tem isso, é muito difícil… nem o básico a gente tem.*
>
> *(GO_9, homem, 46 anos, distrito norte)*

Os discursos mostraram uma gama de possibilidades para realizar um atendimento de casos de violência doméstica ideal. Entre elas destacam-se a necessidade de estabelecer uma relação de confiança para tornar possível o encaminhamento da usuária para a delegacia. Ainda com relação à DDM, foi enfatizada a criação de um canal de comunicação com a unidade de saúde. O atendimento mais humanizado foi outro ponto referido pelos profissionais. Além de ser necessário que essa atuação seja multidisciplinar, visto que é um fenômeno complexo e multifacetado.

Parece estarmos diante da necessidade da efetivação da rede de serviços proposta por Carreira & Pandjiarjian (2003) promovendo uma "atuação articulada entre instituições e serviços governamentais e organizações e grupos da sociedade civil visando à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento, à identificação e ao encaminhamento de casos existentes nas comunidades e ao desenvolvimento de estratégias de prevenção" (p.21).

3.4 Eu até queria ajudar mas…

Esta subcategoria aborda as dificuldades apontadas pelos médicos frente às usuárias em situação de violência. De acordo com os relatos, os profissionais, muitas vezes, deparam-se com uma série de barreiras, tanto institucionais, quanto pessoais, que prejudicam ou impedem a atuação deles diante dos casos.

Iniciamos destacando as barreiras pessoais referidas nos discursos que se seguem:

> *Preocupação sim, dificuldade não. De que a paciente não faça aquilo que tem que ser feito, né. Que a paciente continue, por exemplo… se ela apanha toda vez e não faz nada, não faz nada.*
>
> *(GO_3, homem, 52 anos, distrito norte).*

> *[…] eu me sinto impotente contra isso […] a impotência… assim, quando chega uma mulher aqui, o que nós podemos fazer é atendê-la… é… procurar diminuir o*

> *sofrimento [...] Mas o adulto é diferente, né... se eu for na delegacia, ou ligar pro delegado, a mulher tá com medo, ela já quer ir embora após o atendimento. Como é que eu vou ligar? [...] Então... agora o adulto, se ela vem aqui e fala que não quer o laudo eu não posso ir contra ela e já ligar pro delegado, ou pra polícia.*
>
> *(CM_2, homem, 52 anos, distrito central)*

> *Ah... do marido vim atrás (risos)...* Ele já veio, já teve casos assim? *Já... a gente... de eu falar pra paciente assim... eu... teve uma vez que eu atendi no... era... era minha paciente daqui, do agendamento só que eu atendi ela lá na urgência. Que ela veio uma vez com espancamento... e, assim... ela foi muito espancada, tava com marcas no pescoço. Aí eu falei pra ela procurar a delegacia, fazer queixa... ir atrás. Aí o marido... ela... ela voltou com o marido e o marido veio aqui tirar satisfação. Porque eu mandei ela fazer queixa. É uma situação complicada. Mas a gente tem que orientar sempre... é obrigação nossa orientar pra procurar a delegacia.*
>
> *(GO_4, mulher, 29 anos, distrito central).*

Os médicos afirmam impotência diante das atitudes que a paciente toma, mesmo depois de orientada. E temem tomar qualquer atitude por medo que o agressor da mulher venha "tirar satisfações". Devemos valorizar o discurso da ultima médica aqui citada, pois a mesma orienta e toma atitudes frente às situações de violência, mostrando-se preocupada e buscando a melhor forma de auxiliar estas mulheres.

Concordamos com os expostos de Oliveira & Fonseca (2007) ao destacarem que este medo e a sensação de impotência dos profissionais e das mulheres perante as atitudes do agressor refletem a dominação masculina presente na sociedade, visto que a violência está diretamente relacionada à relação desigual de poder exercida pelo homem sobre a mulher.

Além das barreiras pessoais, encontramos no relato algumas barreiras institucionais, o que, muitas vezes, impedem-nos de agir adequadamente numa situação de violência, como ilustram as passagens a seguir:

> *Ai... na verdade que eu to fazendo muito pouco. Porque você começa... você esbarra em tantas dificuldades aqui... primeiro que se quase não tem tempo... você acaba tendo que... eu... é quinze minutos a consulta, mas pra você fazer uma orientação sexual mesmo, você tem que... ou então de agressão, de conversar com a mulher é muito mais que isso, então... esse é um obstáculo. [...] Então, assim, fica uma área muito deficitária. Porque assim, não adianta... a minha área aqui é limitada, né... a gente... consigo ver que tem muito... mas às vezes não tem como resolver. E é... a gente não tem pra onde mandar.*
>
> *(GO_4, mulher, 29 anos, distrito central).*

Também, como ajudar ela? Eu dou os conselhos, tudo bem. Tem mulher que quer sair desta situação só que não acha um lugar onde ela pode ser ajudada. Onde poderiam ajudar? É a polícia, só que a polícia não faz nada. Tem a delegacia da mulher, que ela disse que fez vários BOs, só que a polícia também não faz nada. E ela continua apanhando.

(GO_3, homem, 52 anos, distrito norte).

[...] e a rede pública é... municipal, estadual e federal... não dispõe... é... de psicólogos... tanto quanto dispõe de clínicos, pediatras, ginecologistas e eu não acho que os problemas emocionais e psicológicos estejam... digamos... ocupando nenhum papel inferior, na verdade na vida das pessoas. Eu acho que essa é uma inadequação do serviço público. Por exemplo, né... que que adianta eu estar detectando e não conseguir trabalhar... o que que aquela violência pode estar fazendo na vida da pessoa, até pra que ela tenha condições de mudança ou de enfrentar a situação de outra forma. Eu não tenho tempo... eu não tenho formação pra isso... e não tenho o que fazer, pra onde encaminhar. [...] É por isso que eu falo... a coisa é muito mais ampla. Então a gente acaba tocando em situações pontuais, mas a gente não tem um direcionamento. É isso que eu falei... nós podemos ter uma Lei Maria da Penha, mas nós não sabemos... nós orientamos isso... mas eu não sei mais como abordar a paciente... o que vai ser depois disso... que estrutura ela vai ter. Então quando ela me disser: "mas se eu denunciar... e daí... volto pra casa Dra.?"... pronto, acabou aí meu argumento.

(GO_7, mulher, 48 anos, distrito oeste).

[...] no esquema que a gente tem aqui, que tem que atender 15 pacientes em determinado tempo, fica difícil você fazer um trabalho desses. Quer dizer, a parte, quando você vai tratar de uma doença da parte física, alguma coisa, é rápido... agora a parte psicológica, você tem que às vezes buscar coisas muito distantes, quer dizer, lá de trás... e isso requer tempo, requer um ganho de confiança da paciente, né... quem não tem habilidade disso é difícil. [...] Aqui é muito difícil, né, aqui é tudo muito complicado, né. Você já trabalhou na rede alguma vez? [...] Se você pede um papanicolau, que é um exame que no consultório que em 7 dias tá pronto, ela vai sair daqui a 6 meses... eu preciso te falar mais alguma coisa? É... as coisas aqui funcionam de vagarinho, né? *De vagarinho você tá sendo gentil, né. (risos).*

(GO_9, homem, 46 anos, distrito norte)

Os profissionais afirmam que existem sérias falhas estruturais no sistema que impedem sua atuação: Não têm tempo disponível para abordar o fenômeno com as usuárias, uma vez que as consultas são muito curtas e suas agendas estão sempre lotadas. Os serviços não têm capacidade de dar vazão aos casos de agressão, por falta de profissionais de saúde mental. Os possíveis locais de encaminhamento estão saturados ou

indisponíveis. Falta de capacitação tanto deles próprios, quanto de outros órgãos envolvidos, principalmente a polícia, a qual, segundo os médicos, não faz nada.

Nossos dados confirmam diversos estudos realizados sobre a violência de gênero, entre eles: Sugg & Inui (1992), Pedrosa (2003) e Rodríguez-Bolaños *et al.* (2005), no que diz respeito às barreiras destacadas pelos profissionais de saúde para identificarem e lidarem com casos de violência.

E ainda que, ao pensarmos nas políticas públicas e nos mecanismos propostos para o enfrentamento da violência, como capacitar os profissionais e os serviços, equipando-os e promovendo uma estrutura adequada e ampliar e desenvolver serviços especializados ou de referência. Além de sugerirem que o atendimento seja prestado por uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais sensibilizados e familiarizados com a questão da violência contra a mulher (SAS, BRASIL, 2005), constatamos, a partir dos nossos dados, que muitas dessas estratégias ainda não se consolidaram na prática.

Em virtude disso, concordamos com as estratégias propostas por Schraiber *et al.* (2002), por meio das quais a comunicação, a capacitação e a implicação das instituições com o fenômeno por nós abordado seriam os meios pelos quais a violência doméstica pudesse ter seu local reservado dentro da agenda do sistema público de saúde. Além disso, deveria ser desenvolvida uma rede de apoio multidisciplinar, integrando, assim, as áreas de saúde, segurança pública, educação, assistência psicossocial, entre outras, contribuindo para a prevenção e o combate da violência doméstica contra a mulher (CARREIRA; PANDJIARJIAN, 2003).

4 - Conhecimentos e informações sobre violência doméstica contra a mulher.

Esta categoria aborda três aspectos relacionados aos conhecimentos e às informações que os médicos detêm a respeito da violência doméstica contra a mulher. O primeiro deles refere-se à necessidade ou não de capacitação ou treinamento desses profissionais para atender à demanda de usuárias. O segundo diz respeito ao conhecimento dos médicos sobre possíveis encaminhamentos das mulheres em situação de violência. O último item está relacionado ao conhecimento ou não da Lei Maria da Penha.

4.1 Capacitar: quem, eu?

Considerando as relatos descritos acima, podemos verificar que muitos desses profissionais não estão capacitados para tratar de casos de violência contra a mulher, uma vez que não sabem o que fazer, não tem segurança para tomar atitudes, as barreiras os impedem de agir adequadamente, desconhecem a rede e a função de equipes multidisciplinares, etc. Esta subcategoria aborda o discurso médico diante da importância ou não de participar de cursos, palestras, eventos voltados à violência de gênero, com o intuito de prepará-los para um atendimento mais eficaz a mulheres em situação de violência.

A partir das entrevistas, constatamos que a maioria dos profissionais afirma ser necessário criar algum tipo de curso de capacitação para auxiliá-los no manejo de casos de agressão contra a mulher, uma vez que relatam uma falta de habilidade e conhecimento nessa área. Essa idéia é destacada nas falas que se seguem:

> *[...] e até muitas vezes porque o médico não atua... não está atuando, porque não sabe como atuar. [...] Com certeza, porque a gente realmente... na faculdade a gente não tem, mas só se você procura... assim, mas é uma coisa muito pontual. E poucos procuram, porque eu acho que não... não é uma coisa que chama a atenção. Eu acho que talvez... esbarra em muitas coisas nossas, em experiências próprias e as pessoas não procuram muito. Às vezes pelo contrário, às vezes até procuram por causa disso. Mas não é uma coisa que a gente saiba, tipo... identificar... logo de cara, e não sabia lidar. Então acho, que com certeza seria interessante.*
>
> *(GO, mulher, 37 anos, distrito sul)*

> *Ah sim, com certeza. Nós estamos completamente despreparados. [...] Porque... é só com, com a... com o número de casos, né... e você vai pegando experiência, né. Como falar, como abordar a pessoa, como chegar nela, né. [...] a gente não teve nenhuma formação nesse aspecto. Isso é de vivência da gente mesmo e de curso que a gente faz, né. E do dia-a-dia que a gente aprende, né... porque a escola não ensina nada. Você só vai aprender depois. [...] E... então... se eu com 27 anos (de formação) já tenho uma certa dificuldade pra isso. As pessoas que são recém-formadas, elas não tem certeza absoluta, ene... um enésimo de formação profissional que eu tive, tanto técnica, quanto humanitária.*
>
> *(GO, mulher, 50 anos, distrito leste)*

> *Imprescindível, eu acho... eu acho que devia ter... é... um curso durante tanto tempo, pros profissionais da área de saúde que tão em contato direto, né... como proceder, como deve ser feito, pra quem deve ser encaminhado, como... porque às vezes a gente chega trabalhando na prefeitura... e você senta numa mesa e ninguém te fala nada, nem de papel, qual papel você deve preencher pra pedir um*

> *exame. Você vai aprendendo de cabeçada. Então eu acho que dentro da própria rede devia ter alguma coisa pra que isso funcionasse melhor.*
>
> *(GO, homem, 46 anos, distrito norte)*

De acordo com esses médicos, não restam dúvidas sobre a importância da capacitação. Eles afirmam saírem da faculdade despreparados para identificar e lidar com mulheres em situação de violência. Porque esse fenômeno não é contemplado nos currículos de graduação dos cursos de medicina.

Esses dados estão de acordo com as conclusões destacadas por Pedrosa (2003) de que os profissionais de saúde não estão suficientemente capacitados para lidar com a questão da violência de gênero, apesar de conhecerem a importância de seu papel no enfrentamento da violência.

Outro aspecto destacado diz respeito à experiência do profissional. Quanto mais anos de atuação, melhor o médico sabe como agir em determinadas situações, entretanto, seria ideal agregar a essa experiência algum tipo de curso ou treinamento para que o atendimento seja mais eficiente. Além disso, alguns discursos apontam para a falha do sistema público que, ao contratar o profissional, não o prepara para lidar com as mais variadas situações que possam surgir, uma delas a violência de gênero, enfatizando, mais uma vez, a necessidade de uma capacitação específica para atuar nesses casos.

Esses dados reforçam os apontamentos feitos por Schraiber *et al.* (2002) ao afirmarem que entre as estratégias para o enfrentamento da violência de gênero encontram-se a necessidade de capacitação profissional e a implicação das instituições envolvidas Dessa maneira, esse fenômeno encontraria espaço na agenda do sistema público de saúde.

Nossa pesquisa revelou que os profissionais carecem de capacitação voltada especificamente a questão da violência. Podemos verificar nas disposições do MS (SAS, BRASIL, 2005) que esta capacitação, tal como a sensibilização dos profissionais tem como objetivo aprimorar a qualidade do atendimento de usuárias em situação de violência, além de humanizá-lo, visando contemplar as metas propostas no Plano de Ação (SAS, BRASIL, 2004) que prevê a ampliação serviços integrados para tratar violência doméstica e sexual.

Outro aspecto levantado pelos médicos refere-se à necessidade de capacitar os profissionais não apenas para a violência doméstica, mas para lidar com qualquer outro tipo de violência que possa aparecer no seu cotidiano. Os relatos a seguir apresentam essa idéia:

> *Violência como um todo… ah… a gente fala, né… mas em nenhum momento teve uma coisa muito aprofundada não. […] eu acho que talvez um… um curso… uma coisa. Acho que não precisaria nem ser muito extenso… mais pra orientar mesmo o que a gente deve fazer, como identificar, eu acho que sim.*
>
> *(GO_5, mulher, 30 anos, distrito oeste)*

> *[…] mas eu acho que sempre pode ser feita alguma coisa pra melhoria. Tanto em termos de cursos, né… durante a medicina… como a abordagem mesmo das questões sociais… que tão envolvidas, as questões da droga, da violência como um todo. Não é a violência contra a mulher só. Eu acho que nós temos que abordar a violência de uma maneira mais eficaz.*
>
> *(GO_7, mulher, 48 anos, distrito oeste)*

A partir das passagens acima, podemos destacar a ênfase dada pelos médicos à importância de se preparar os profissionais de saúde através de cursos de capacitação e de treinamento não voltado exclusivamente à violência doméstica, mas abrangendo outras violências e questões sociais.

Chama-nos a atenção o fato de alguns médicos reconhecerem sua carência de formação voltada especificamente à violência contra a mulher. No entanto destacam que não tem interesse em fazê-lo por priorizarem outras áreas. Afirmando que deveria haver treinamento voltado apenas àqueles profissionais que se interessem pela temática, conforme a passagem destaca:

> *[…] nós temos tantos problemas, né… é preciso priorizá-los, eu não sei… se às vezes um médico clínico, né… quer dizer, eu acho que ele não tem capacidade pra abordar esse tipo de caso, entendeu? […] mas ele não… em termos profissionais a gente não tem uma formação nessa área. […] Olha… sempre tem alguém interessado, né… e… e… é… devido ao número de profissionais de saúde ser muito […] Precisava ter, como existe… a gente como… quando você mexe com drogado violento, com um psicótico violento, né… você faz uma primeira abordagem é porque não tem um atendimento profissional da área, né.*
>
> *(CM_3, homem, 55 anos, distrito central)*

Percebemos por meio dessa passagem que, mesmo reconhecendo a importância dos cursos de capacitação, destaca que não seria interessante, pois sua área de atuação não está relacionada com esse tipo de demanda.

Em oposição aos relatos anteriores, existem aqueles profissionais que consideram totalmente desnecessária qualquer capacitação, uma vez que o médico sai da universidade com todo o embasamento teórico e prático para lidar com qualquer situação que lhe

apareça na clínica, ou ainda, por não reconhecer que a violência doméstica é um problema médico. Os relatos a seguir ilustram essas idéias:

> *Não, em absoluto. […] treinar profissionais de saúde para isso é ridículo, não tem… a gente vê e sabe quando ta acontecendo alguma coisa, tá. […] Agora, treinar o profissional, jamais. O profissional médico, não te desfazendo da sua especialidade, da sua formação, é a única formação no mundo que dá uma capacitação, desde que feitas em escolas boas e respeitadas, que dá uma capacitação global para a pessoa. Não existe outra formação igual medicina e nunca vai ter. […] Então não dá para comparar com nada, é a profissão mais íntegra e a profissão mais estudiosa que tem. Capacitar a nós por isso não, você tem que capacitar a polícia, você tem de capacitar os órgãos de repressão, mas nós não.*
>
> *(GO_1, homem, 55 anos, distrito leste)*

> *Eu acho que não, o médico que se forma já… com esse… já sabe né, o que fazer com este tipo de situação. Talvez… fazer algum curso básico. Mas eu acho que não, acho que não. A gente sabe o que aconselhar, o que tem que ser feito.*
>
> *(GO_3, homem, 52 anos, distrito norte)*

> *Não… nós não lidamos com isso. […] Não, eu acho que não. O problema é muito mais grave do que um médico atender. O problema é de formação. Esse é o problema, de formação de personalidade, de educação no seu sentido amplo.*
>
> *(CM_5, homem, 57 anos, distrito leste)*

Em relação ao discurso dos participantes no que se refere à violência como não sendo um problema médico, percebemos o desconhecimento deles com relação às disposições propostas pela ONU (1993) e por Krug *et al.* (2003), que reconhecem a violência de gênero como um fenômeno complexo, de alta prevalência, que afeta a integridade física e saúde mental da mulher, devendo, por isso, ser encarada como um problema de saúde pública. Os serviços de saúde são locais de destaque, uma vez que podem identificar, encaminhar e tratar casos que envolvam violência doméstica.

Essa idéia é abordada por Krug *et al.* (2003) ao expor que em virtude do grande número de vítimas e da gravidade das seqüelas tanto físicas quanto mentais, a violência manifesta-se como uma endemia que deve ser compreendida como um problema de saúde pública, e os serviços de saúde têm a possibilidade de sanar essas demandas. E ainda, Carreira & Pandjiarjian (2003) destacam os serviços de saúde como portas de entrada para mulheres em situação de violência.

Os discursos apresentados pelos sujeitos participantes da nossa pesquisa demonstraram idéias divergentes, houve predomínio do reconhecimento da necessidade de desenvolver algum tipo de capacitação para que os profissionais possam atuar de maneira mais efetiva. Essa necessidade é confirmada por intermédio de alguns médicos que afirmam desconhecer o manual de notificação para casos de violência doméstica contra a mulher criado pelo Ministério da Saúde. Os relatos a seguir apontam para a idéia abordada:

> *[...] não tive contato com o manual... a gente... é o que eu te falei... a gente ficou sabendo da lei, o que significa a lei... pela televisão... vê jornal... no noticiário, né. Mas nunca ninguém chegou aqui pra mim e falou: "oh está em vigor essa lei... que reza isso, isso, isso"... o cara ser preso, né... por crime inafiançável.*
>
> *(GO_6, homem, 41 anos, distrito sul)*

> *Eu preciso estar melhor informada. Melhor informada até de condições em que eu já poderia tá melhor... não conhecer nem o manual do ministério... é lamentável, né. [...] Então eu... to mais atenta... enquanto você vai encontrar muitos profissionais por aí que trabalham naquele violento número de atendimentos e que no máximo o que ele vai conseguir é passar um antiflamatório. Tá certo... e jamais pensar em outras soluções.*
>
> *(GO_7, mulher, 48 anos, distrito oeste)*

De acordo com os discursos, podemos observar que, muitas vezes, os médicos estão bem intencionados e dispostos a auxiliar, na medida do possível, as mulheres em situação de violência. Porém, a falta de conhecimento técnico sobre a notificação ou outros recursos e procedimentos disponíveis na rede os impede de fazer uma atuação mais eficaz. Além disso, o sistema público de saúde peca por não disponibilizar um aparato de recursos estruturais, técnicos e teóricos voltados especificamente à temática da violência, para que esses médicos possam lidar com a demanda dessas usuárias.

É interessante observar que estes relatos sobre a não necessidade de capacitação partem de profissionais homens e com mais de 50 anos. Neste momento levantamos um questionamento: Frente a nossos resultados, podemos perceber que em vários momentos o discurso de profissionais mais jovens e mulheres parece ser mais sensível à questão da violência, em contrapartida, médicos homens e mais velhos parecem estar mais atados a modelos tradicionais de gênero e ao modelo biomédico que desconsidera as questões sociais e culturais, engessando suas atitudes e práticas. Será que haveria realmente uma diferença significativa entre esses profissionais? Será que estaríamos frente a discursos e

atitudes divergentes e que devem ser cuidadosamente observados para que sejam desenvolvidos capacitações e treinamentos adequados para ambas as partes?

4.2 E agora o que é que eu faço?

Esta subcategoria refere-se ao conhecimento que os médicos detêm sobre de possíveis encaminhamentos para uma mulher em situação de violência. Ao longo das entrevistas, constatamos os mais variados discursos ao destacarem o local considerado adequado para encaminhar essas usuárias.

Iniciaremos nossa explanação abordando os profissionais que afirmam ser a Delegacia da Mulher (DDM) o local mais apropriado para encaminhar uma mulher que sofreu violência física e HC foi citado para encaminhamento de casos de violência sexual, conforme ilustram os relatos a seguir:

> *Se for… violência física a gente encaminha pra delegacia de mulher, da mulher. E se for a violência sexual, se tiver estupro manda pro HC. Porque aí tem que tomar os medicamentos… pílula do dia seguinte, o coquetel contra HIV, aí é só lá no HC que faz isso.*
>
> *(GO_4, mulher, 29 anos, distrito central)*

> *Inclusive violência sexual, estupro essas coisas, tá certo. Há um sistema adequado no Hospital das Clínicas, tá certo. Sem nenhuma dúvida. Essa é só uma violência… essa é a violência sexual, né a violência sexual atende no Hospital das Clínicas. Agora, violência de outra natureza, violência física ou de outra natureza é a delegacia da mulher.*
>
> *(CM_5, homem, 57 anos, distrito leste)*

Os profissionais afirmam que ao se tratar de um caso de violência física, o ideal é encaminhar a usuária a DDM, por ser de um ambiente adequado para lidar com essas questões, uma vez que os profissionais que fazem parte dessa instituição estão capacitados para manejar esse tipo de situação. Demonstram também ter conhecimento de que no Hospital das Clínicas existe um serviço especializado para atender a mulheres que sofreram violência sexual, seja pelo parceiro, por outra pessoa conhecida ou desconhecida.

Além da DDM e do HC, surgiu no discurso de dos profissionais as casas-abrigo da prefeitura, as quais acolhem mulheres em situação de violência, que não possuem recursos

financeiros suficientes, ou nenhuma outra rede de apoio, ou ainda que necessitem de proteção contra os agressores.

> *[...] tem uma casa onde ela abriga mulheres que sofreram violência. Que é uma casa que ninguém sabe onde fica, por causa disso. Essas coisas aí a gente sabe através da televisão.*
>
> *(GO_6, homem, 41 anos, distrito sul)*

Os médicos têm ciência da disponibilidade dessas casas-abrigo, serviço oferecido pela prefeitura, e desconhecem o endereço e a rotina da instituição. É importante destacar que as autoridades competentes não divulgam as especificidades dessas casas-abrigo como uma alternativa de proteção às mulheres abrigadas.

Todos os serviços abordados pelos profissionais como possibilidades de encaminhamento fazem parte da rede de serviços para o enfrentamento da violência contra a mulher proposta por Carreira & Pandjiarjian (2003) ao enfatizarem a necessidade da criação de redes integradas em que estejam inseridas diversas áreas que prestam atendimento à mulher, compostas por instituições governamentais e não-governamentais, cada uma delas com possibilidade de atuação autônoma.

Essa idéia é também apoiada pela SAS (BRASIL, 2005, 2006) ao propor a criação de redes integradas e articuladas com outros órgãos para promover ações multiprofissionais, interdisciplinares e interinstitucionais, por meio dessas ações intervir na prevenção e atenção integral a mulheres e adolescentes em situação de risco e implantar a legislação brasileira e as normas técnicas de acordo com os direitos humanos e direitos sexuais e reprodutivos.

Outro ponto destacado no discurso dos profissionais foi a necessidade de recorrer aos serviços de enfermagem para auxiliar no encaminhamento dessas mulheres. A enfermeira seria a figura responsável por deter conhecimentos e informações importantes para dar seguimento aos casos de violência doméstica. Essa idéia é exposta nas passagens a seguir:

> *Então, como te falei a gente tenta fazer com que ela faça a denúncia, mas as enfermeiras que tem que saber o que fazer. Eu encaminho para as enfermeiras.*
>
> *(GO_1, homem, 55 anos, distrito leste)*

> *Então... porque eu atendo aqui... daí eu preencho esse protocolo e passo pra enfermeira. Daí a enfermeira que vai... então eu não sei te falar... pra onde ir. A*

> *enfermeira que vai tomar essas providências. Então eu não sei pra onde eu mando a mulher, não sei.*
>
> *(GO_6, homem, 41 anos, distrito sul)*

Segundo o relato desses médicos é possível perceber que é função da enfermagem dar seguimento aos casos de agressão, portanto, a enfermeira tem a responsabilidade de conhecer os possíveis locais de encaminhamento dessas mulheres em situação de violência, restando ao médico à obrigação de atender aos casos e enviá-las para o serviço citado, uma vez que esses profissionais alegam desconhecer o procedimento para dar andamento aos casos de violência. Designar a função exclusivamente à enfermeira é uma forma de se alienar e desvalorizar o problema, e conseqüentemente se desresposabilizar.

Essa noção mais uma vez denuncia que muitas vezes os médicos desconhecem as proposições da ONU (1993), de Krug *et al.* (2003) e da SAS (BRASIL, 2005) que tratam a violência como um saúde pública, tornando esses profissionais responsáveis por lidar com esses casos. O fato de encaminhá-las para a enfermagem, de certa forma, mostra que alguns deles não entendem que a violência doméstica é um problema também médico e de toda a equipe multidisciplinar, onde cada profissional envolvido desempenhe sua função de forma competente, onde haja compartilhamento de decisões, e desta forma somem-se as habilidades para que os usuários usufruam de um serviço competente e dinâmico que atenda a suas demandas.

Ainda com relação ao conhecimento sobre possíveis encaminhamentos, alguns profissionais entrevistados afirmaram não ter informações suficientes para dar continuidade aos casos de violência contra a mulher.

> *Não sei... bairro à bairro não sei. não saberia onde... teria que buscar informação. [...] Aí quando eu tenho dúvida eu vou lá com as minhas universitárias e pergunto... peço informação.*
>
> *(CM_4, homem, 47 anos, distrito oeste)*

> *Eu não sei quais os passos certinho, assim... a gente fala: "oh... procura a delegacia"... mas também não sei dizer com detalhes não. Não sei se tem algum serviço de apoio psicológico, não sei.*
>
> *(GO_5, mulher, 30 anos, distrito oeste)*

A partir do que foi exposto pelos profissionais, os locais mais citados para encaminhar uma mulher em situação de violência doméstica foram a Delegacia da Mulher,

nos casos de violência física e, nos casos de agressão sexual, o Hospital das Clínicas, por possuir um serviço especializado para tratar desses casos.

Além disso, pudemos constatar que parte dos entrevistados desconhece os locais para possíveis encaminhamentos dessas usuárias, delegando ao serviço de enfermagem tal função. Houve, ainda, uma parcela de profissionais que afirmaram não conhecerem os procedimentos adequados para dar andamento aos casos de agressão. Esses relatos demonstram a falta de capacitação e desconhecimentos das políticas públicas envolvidas no enfrentamento da violência doméstica desses profissionais da área de saúde.

4.3 Lei Maria de quem?

Esta subcategoria aborda o nível de conhecimento dos profissionais acerca da legislação em vigor, sobre a violência praticada contra a mulher. Ao serem questionados sobre a Lei Maria da Penha, metade dos médicos entrevistados alegaram desconhecê-la.

> *O que? Lei Maria da Penha? Não… qual que é? Me fala da lei, que aí…? O nome da lei é este, a lei Maria da Penha? Honestamente não, já ouvi falar da lei contra agressão mas também não fui ler os pormenores de quando o tempo da de cadeia ou não dá.*
>
> *(GO_1, homem, 55 anos, distrito leste)*

Em oposição apareceram relatos de profissionais que afirmam conhecer a Lei Maria da Penha, conforme a passagem a seguir:

> *Conheço. Ah… eu falo muito, eu to falando pras pacientes (risos), porque antes as pacientes falavam: "ah… eu vou… não vai acontecer nada mesmo". Então agora eu falo pra ela… "oh, tem a lei da Maria da Penha que dá cadeia". "Vocês podem ir que dá cadeia agora".*
>
> *(GO_4, mulher, 29 anos, distrito central)*

Conforme as passagens apresentadas, metade dos médicos entrevistados conhece o conteúdo da Lei Maria da Penha e a outra metade desconhece completamente a existência da legislação vigente, demonstrando que ela ainda não faz parte do cotidiano médico. Tendo em vista seu pouco tempo de vigência, vemos esses resultados como positivos, porém não ideais.

Conclusão

Para conhecer as percepções dos médicos sobre a violência doméstica contra a mulher percorremos um longo caminho, uma vez que esse é um fenômeno complexo que envolve uma multiplicidade de fatores.

Iniciamos nosso estudo compreendendo o conceito de gênero, que diz respeito às representações do masculino e do feminino construídas socialmente, permeadas pela cultura e política, determinantes para a definição dos sujeitos como homens e mulheres. Esse conceito foi desenvolvido para denunciar a posição inferior da mulher devido às relações de poder estabelecidas entre os sexos.

Após essa conceitualização, voltamos nossa atenção à violência, constatando que é um fenômeno multifacetado, presente em nossa sociedade e que deve ser tomado como problema de saúde pública, devido à magnitude de suas seqüelas, tanto físicas, quanto psicológicas.

A violência doméstica contra a mulher foi referida logo em seguida, pois percebemos que esse é um evento muito prevalente, permeado pela questão de gênero, uma vez que ocorre numa relação entre desiguais. Carrega consigo a característica da invisibilidade, devido à sua naturalização. Além disso, destacamos a necessidade da criação de políticas públicas que visem a coibir essa prática.

Verificamos que o Brasil, nas últimas décadas, buscou desenvolver alguns mecanismos para o enfrentamento da violência, entre eles a criação de redes de serviços para atuar de maneira integrada e mais eficaz, envolvendo todos os setores da sociedade e todas as esferas do governo. Abordando que o atendimento realizado a essas usuárias nos serviços de saúde deve estar de acordo com os pressupostos da atenção integral à mulher, promovendo o acolhimento com respeito e escuta ativa de suas demandas. Em 2006, entrou em vigor a Lei Maria da Penha, tornando-se a primeira legislação específica sobre violência contra a mulher no Brasil.

As políticas públicas destacam os serviços de saúde como uma das portas de entrada para mulheres em situação de violência. Sendo assim, os profissionais de saúde, principalmente os médicos, tornam-se fundamentais, não apenas para diagnosticar e tratar os casos, como para desenvolver possíveis intervenções ou encaminhamentos. Porém, os estudos mostram que essa atuação é repleta de barreiras pessoais e institucionais, o que impede sua eficácia, contribuindo para a perpetuação do problema e para sua invisibilidade.

Diante das dificuldades encontradas para conseguirmos profissionais dispostos a participar de nosso estudo, acreditamos que grande parte daqueles que aceitaram colaborar sejam médicos mais sensibilizados a questão da violência de gênero.

Nossos resultados revelam que grande parte dos médicos percebe que a mulher atual conquistou sua liberdade e independência sexual, no entanto, a hegemonia masculina ainda é muito presente. A mulher atual oscila entre sua antiga posição ocupada e a atual. Segundo os profissionais, essa liberdade não está bem esclarecida para as mulheres, considerando-se que, muitas vezes, acaba sendo confundida com libertinagem, tornando-as promíscuas e mais suscetíveis às DST, AIDS e gravidez indesejada.

Ainda com relação à mulher na atualidade, os profissionais percebem que ela chegou ao espaço público, encontrando seu lugar no mercado de trabalho. Contudo, em virtude do paradigma dominante em nossa sociedade, acumulou diversos papéis, que a sobrecarregaram. Os médicos também afirmam que, por ser a mulher o eixo central da família, ao abandonar sua exclusividade doméstica, desestruturou o ambiente familiar. Em contrapartida, esses profissionais percebem a entrada dos homens no espaço privado, participando mais ativamente das tarefas domésticas e dos cuidados dos filhos.

Suas visões de gênero são determinantes para compreender suas percepções sobre quem é a mulher que sofre violência doméstica e suas atitudes e praticas como profissionais de saúde, pois, ao estabelecer que a sociedade atual, apesar das mudanças, ainda é baseada em relações entre desiguais, esses médicos acreditam que as mulheres são muito dependentes dos homens, tanto emocionalmente, quanto financeiramente, justificando a perpetuação e naturalizando da violência. Compreendem também que os eventos de agressão ocorrem devido ao fato da mulher ser considerada um objeto de propriedade masculina e, muitas vezes, são desencadeados por uso de bebidas alcoólicas e drogas ou ciúmes do companheiro. Estas justificativas agem em consonância com sua desresponsabilização frente ao evento, uma vez que culpando o álcool ou o ciúmes pela violência, este profissional não se compromete e, por esse motivo não teria poder para interferir na situação nem modificá-la.

Esses profissionais detêm conhecimentos sobre os tipos de violência de gênero, seus discursos apresentaram-se variados com relação às gravidades das violência. A psicológica apresenta-se como grave na medida em que sua detecção é mais difícil e a mulher pode permanecer imersa nessa situação durante anos a fio sem perceber, afeta sua integridade física e mental uma vez que os sintomas se refletem em somatizações. A

violência física foi referida como grave visto que a diferença de força física entre homens e mulheres as impede de revidar e se defender, e as marcas deixadas no corpo são evidentes. A violência sexual foi considerada grave por reunir aspectos tanto físicos quanto psíquicos. Consideramos todas as formas de violência destacadas acima como um desrespeito a autonomia e aos direitos das mulheres, mas, no entanto, concebemos que elas se diferenciam por graus de gravidade.

Verificamos que os médicos são capazes de identificar uma paciente em situação de violência, por causa das marcas físicas, somatizações e por outros sintomas associados aos eventos, ou pelo discurso das mulheres. Eles também conhecem alguns dos procedimentos para o atendimento e encaminhamento dos casos. Chamou-nos atenção que, muitas vezes, os médicos, mesmo identificando o evento, não dão andamento aos casos, conseqüentemente, acabam por ignorar a violência de gênero, mesmo percebendo-a.

Acreditamos que a negação da violência está relacionada à crença de alguns profissionais de que a violência não é um problema médico, mas de ordem social ou policial, que deve ser interferido por outras agências que não a saúde, talvez por compreenderem que a saúde está relacionada apenas a aspectos biológicos, não considerando outros aspectos que podem afetar a saúde e o bem-estar da mulher. Devemos esclarecer que não são todos os profissionais que apresentam esse raciocínio. Grande parte deles têm consciência do modelo de atendimento integral da saúde, e reconhece que a violência de gênero é de sua responsabilidade.

Outro aspecto que consideramos relevante para que a violência seja ignorada diz respeito às barreiras citadas pelos profissionais que impedem um trabalho eficaz. Entre elas, destacam-se o medo do agressor reagir e enfrentar o profissional para questionar o encaminhamento e a impotência diante das atitudes que a mulher possa tomar. Acreditamos que essas não sejam as principais barreiras que impedem o atendimento, mas aquelas ligadas à instituição, que não disponibiliza tempo para a consulta; que não suporta os atendimentos por falta de profissionais de saúde mental; os locais para encaminhamento dos casos estão saturados ou indisponíveis; falta capacitação tanto dos médicos, quanto dos profissionais de outras agências envolvidas.

Nossa afirmação, que as barreiras institucionais são determinantes para a negação dos casos de violência, é justificada pelo fato de que os profissionais, muitas vezes, estão bem-intencionados e dispostos a ajudar, mas deparam-se com uma carência de recursos técnicos e conhecimentos que deveriam ser disponibilizados pelas instituições de saúde.

Diante de nossas conclusões, questionamos: Será que não poderíamos falar em uma invisibilidade institucional, uma vez que não se prepara os profissionais para as mais variadas situações que surgem em seu cotidiano, além de não disponibilizarem uma estrutura capaz de suportar essas demandas?

Devemos destacar também que os mecanismos e políticas criados para coibir a violência contra a mulher são documentos muito recentes, desta forma, a implementação total dos mesmos é um caminho longo a ser percorrido. Muitos dos profissionais por nós entrevistados parecem estar engatinhando em direção a um atendimento e acolhimento mais eficaz e humanizado.

Por fim, constatamos a importância do desenvolvimento de cursos de treinamento e capacitação voltados para os profissionais da área da saúde, visando a adequá-los e sensibilizá-los a essa situação prevalente e muito presente em sua rotina. Destacando no currículo aspectos relacionados a gênero, visto que tal conceito é determinante para sua atuação como profissional de saúde.

E ainda, chamamos a atenção dos gestores da saúde para tornarem a violência um fenômeno visível e determinante de estratégias que visem suportá-la nos serviços públicos de saúde, pois constatamos que a falta de recursos humanos e estruturais são empecilhos para atender, acolher e encaminhar os casos de violência de gênero.

Além disso, no âmbito acadêmico, é importante a produção desse tipo de conhecimento por intermédio de pesquisas, com auxílio das agências de fomento, possibilitando uma ampliação de informações sobre essa temática.

Referências

ALTHOFF, C. R. Dimensionando o espaço da família, no âmbito do público e do privado. **Cogitare Enferm**., Curitiba, v. 1 n. 2, p. 35-38, jul./dez, 1996.

ÂNGULO-TUESTA, A. J. **Gênero e violência no âmbito doméstico**: a perspectiva dos profissionais de saúde**.** Dissertação (Mestrado) - Departamento de Ciências Sociais, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

ARARUNA, R. C.; FERNANDES, S. L. S. A.; NITSCHKE, R. G. Violência na Cultura Contemporânea: O Quotidiano Familial. **REME. Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, p. 12 – 16, 2006.

AREDNT, H. **A Condição humana.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

AZEVEDO, M. A. **Mulheres espancadas**: a violência denunciada**.** São Paulo: Cortez, 1985.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Press Universitaires de France, 1977.

BRASIL, Lei Nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 jan., 2002.

BRASIL, Presidência da República, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher – **Plano Nacional**: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas. Brasília: A Secretaria, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**: norma técnica. 2ª ed. atual. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Enfrentando a Violência contra a Mulher** – Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005a.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8o do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal

e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 8 de agosto de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual**: matriz pedagógica para formação de redes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Pacto nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Enfrentamento à violência contra a mulher**: balanço das ações 2006-2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BOURDIEU, P. A Dominação Masculina. **Educação & Realidade.** Porto Alegre, v. 2, n. 20, p.133-184, jul./dez., 1995.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** Porto Alegre: Artmed, p. 21-29, 2005.

BRUNS, M. A. T. O Olhar do Cotidiano e a Perda da Sensibilidade. In: BRUNS, M. A. T.; ALMEIDA, S. **Sexualidade preconceito, tabus, mitos e curiosidades.** Campinas: Átomo, p. 11-49, 2004.

CARDOSO, R. S. (Org.). **É uma mulher…** Petrópolis: Vozes, 1994.

CARREIRA, D.; PANDJIARJIAN, V. **Vem pra roda! Vem pra rede!:** guia de apoio à construção de redes de serviços para o enfrentamento da violência contra a mulher**.** São Paulo: Rede Mulher de Educação, 2003.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CARDOSO, R. *et al.* **Perspectivas antropológicas da mulher.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais.** Petrópolis: Vozes, 2006.

COOK, R. International Human Right and Women´s Reproductive Health. **Studies in Family Planning,** 24 (2), p.73-86, 1993.

DANTAS-BERGER, S. M.; GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 417-425, 2005.

DAY, V.P. *et al.* Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Journal: Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, p. 09-21, 2003.

Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres, **Resolução da Assembléia Geral das Nações Unidas**, Resolução n° 48/104 dezembro de 1993. Resolução aprovada pela assembleia geral. ONU [sob proposta da Terceira Comissão (A/48/629)]85ª sessão plenária 20 de Dezembro, de 1993.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.129-137, jan-mar, 2000.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTIÍNEZ, F. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis, RJ: Vozes, p. 99-120, 2004.

D'OLIVEIRA, A. F. P. **Gênero e violência nas práticas de saúde**: contribuição ao estudo da atenção integral à saúde da mulher**.** Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

D'OLIVEIRA, A. F. P. **Violência de Gênero, Necessidades de Saúde e Uso de Serviços de Saúde em Atenção Primária**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2008.

FREEDMAN, L. P.; ISAACS, S. L. Human rights and reproductive choice**. Studies in Family Planning**, v. 24, n. 1, p. 18-30, 1993.

GARCIA-MORENO, C.; JANSEN HAFM, E. M.; HEISE, L.; WATTS, C**. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women**. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. **O inquérito**: teoria e prática**.** Oeiras: Celta Editora, 1992.

GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa qualitativa em psicologia**: caminhos e desafios**.** São Paulo: Thomson, 2002.

GREGORI, M. F. **Cenas e queixas:** um estudo sobre relações violentas, mulheres e feminismo. São Paulo: Paz e Terra, v. 1. 1993.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

HEILBORN, M. L.; GOUVEIA, P. F. "Marido é tudo igual": mulheres populares e sexualidade no contexto da Aids. In: BARBOSA, R. M. S. e PARKER, R. **Sexualidades pelo Avesso**: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34. 1999.

HEISE, L. Gender-based abuse: the global epidemic. **Cadernos de Saúde Pública**, cidade, v.10, p.135-145, 1994.

HOLANDA, A. F. Pesquisa fenomenológica e psicologia eidética: elementos para um entendimento metodológico. In: BRUNS, M. A. T.; HOLANDA, A. F. (Orgs.). **Psicologia e fenomenologia**: reflexões e perspectivas. Campinas: Editora Alínea, 2003.

KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology**. Journal Epidemiology Community Health**, v. 5, p. 693-700, 2001.

KRUEGER, R. A. **Focus Groups:** a pratical guide for applied research. USA: Sage Publications, 1994.

KRUG E. G., DALHBERG L. L., MERCY J. A., ZWI A. B., LOZANO R., editors. **Informe mundial sobre la violencia y la salud**. Ginebra: OMS,2003.

LAMBERG, L. **Domestic violence**: what to ask, what to do. JAMA, v. 284, n. 5, p. 554-556, 2000.

LISBOA, M. E. S. **Vulnerabilidades da Mulher frente às DST/HIV/AIDS.** Disponível em: ‹http://www.aidscongress.net/pdf/184.pdf›. Acesso em 18 de maio de 2008.

LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

LUTZ, W. **Planning and organizing a health survey**: community surveys: a practical guide for health workers. Geneva: International Epidemiological Association and WHO, 1981.

MACHADO, L. Z. Masculinidades e violências: gênero e mal-estar na sociedade na sociedade contemporânea. In: SCHPUN, M. R. (Org.). **Masculinidades.** São Paulo: Boitempo Editorial, 2004.

MARINHEIRO, A. L. V. **Violência doméstica**: prevalência entre mulheres usuárias de um serviço de saúde de Ribeirão Preto – SP. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia:** fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes / EDUC, 1994.

MAYKUT, P.; MOREHOUSE, R. Beginning qualitative research**: a philosophic and practical guide.** London: Falmer Press, 1994.

MEDEIROS, M. C. Unidos contra a violência. In: CASTILLO-MARTÍN, M.; OLIVEIRA, S. **Marcadas a Ferro**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, p.100-103, 2005.

MEIRA, M. C. R.; CENTA, M. L. A evolução da família e suas implicações na educação dos filhos. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.5, n.3, p.223-230, 2003.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência?: reflexões a partir do campo da saúde pública. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n.1, 1999.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, supl. 1, 1994.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NARVAZ, M. & KOLLER, S. H. Famílias, violências e gêneros: Desvelando a trama da transmissão transgeracional da violência de gênero. In STREY, A. M.; JAEGER, F. P. (Orgs.). **Violência, gênero e políticas públicas**, Vol. II: (pp. 149-176). Coleção Gênero e Contemporaneidade. Porto Alegre: Edipucrs. 2004.

NOGUEIRA, C. Feminismo e discurso do gênero na psicologia social. **Psicologia & Sociedade: Revista da Associação Brasileira de Psicologia Social**, v., p. 107-128, 2001.

NORONHA, C. V.; DALTRO, M. E. A Violência Masculina é Dirigida para Eva ou Maria? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 7(2): 215-231, abr/jun, 1991.

ODALIA, N. **O que é violência**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

OLIVEIRA, C. C.; FONSECA, R. M. G. S. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, 41(4):605-12, 2007.

OLIVEIRA, K. N. L. C. **Relações conjugais violentas**: suas contradições e novas configurações contemporâneas pós-feminismo. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

PEDROSA, C. M. **Mulheres em situação de violência**: o discurso dos profissionais de saúde**.** Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

PELTZER, K.; MABEBA, M. Attitudes and practices of doctors toward domestic violence victims in South Africa. **Health Care for Women International**, v. 24, n.2, p.149 – 157, 2003.

PEREIRA, W. R. **Poder, violência e dominação simbólicos em um serviço público de saúde que atende a mulheres em situação de gestação, parto e puerpério.** Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo Ribeirão Preto, 2000.

PISCITELLI, A. Re-criando a (categoria) mulher? In: ALGRANTI, L.M. (Org.). **A prática feminista e o conceito de gênero**. São Paulo: IFCH/Unicamp, p.32-33. (Textos Didáticos, n.48), 2002.

RAMSAY, J.; RICHARDSON, J.; CARTER, Y. H.; DAVIDSON, L. L.; FEDER, G. Should health professionals screen women for domestic violence: systematic review. **British Medical Journal**, v. 325, p.314-326, 2002.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Dossiê violência contra a mulher**: um problema que afeta toda a Sociedade. Recife, 1999.

ROCHA-COUTINHO, M. L. Novas opções, antigos dilemas: mulher, família, carreira e relacionamento no Brasil. **Temas em Psicologia da SBP**: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Vol. 12, no 1, 2– 17, 2004.

RODRIGUEZ, M. A.; SHELDON, W. R.; BAUER, H. M.; PEREZ-STABLE, E. J. The factors associated with disclosure of intimate partner abuse to clinicians. **Journal Fam Pract**., v. 50, p.338-44, 2001.

RODRÍGUEZ-BOLAÑOS, R. A.; MÁRQUEZ-SERRANO, M.; KAGEYAMA-ESCOBAR, M. L. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. **Salud Pública de México**, v. 47, n.2, p. 134-144, mar./abr. 2005.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SALIBA, O.; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; DOSSI, A. N. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p.472-477, 2007.

SANTOS, L. L. **A visibilidade da violência de gênero em dois serviços de assistência primária à saúde**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SANTOS, M. F. S.; OLIVEIRA, L. A família ideal só em fotografia? Representações sociais de família e violência. **Anais do Simpósio Nacional de psicologia social e do desenvolvimento humano- X Encontro Nacional do PROCAD/psicologia-CAPES**. Vitória: Textos completos on-line, www.simpsodes.pro.br. 2005.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface, Comunicação**, **Saúde, Educação**, v.3, n.5, p.11-27, 1999.

SCHRAIBER, L. B.; D´OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA-JUNIOR, I.; PINHO, A. A. Violência contra a mulher: estudo em unidade de atenção primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.4, p.470-7, 2002.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; HANADA, H.; FIGUEIREDO, W. S.; FALCÃO, M. T. C.; KISS, L. B.; DURAND, J. G.; PINHO, A. A.. Violência vivida: a dor que não tem nome**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** Botucatu - SP, v. 7, n. 12, p. 41-54, 2003.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA JUNIOR, I.; DINIZ, C. S. G.; PORTELLA, A. P.; LUDERMIR, A. B.; VALENÇA, O. A. A.; FALCÃO M. T. C. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health**, v. 41, p. 797-807, 2007.

SCOTT, J. Gender: a useful category of historical analysis. In: **Gender and the politics of History**. Nova Iorque: Columbia University Press, p. 28-50, 1988.

SILVERMAN, D. **Doing qualitative research**: a practical handbook. London: SAGE, 2005.

SILVERMAN, D. **Qualitative research**: theory, method and practice**.** London: SAGE, 1997.

SPINK, J. M. (Org.). **O conhecimento no cotidiano.** São Paulo: Brasiliense, 2004.

SUGG, N.; INUI, T**.** Primary care physicians response to domestic violence: opening Pandora's box. **JAMA**, cidade, v. 267, p. 3157-60, 1992.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. A polissemia na qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde: resgatando a subjetividade. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTIÍNEZ, F. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis, RJ: Vozes, p. 75-98, 2004.

VAITSMAN, J. **Flexíveis e plurais**: identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

VENTURINI, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA, S. (Orgs.). **A mulher brasileira nos espaços público e privado.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

VERARDO, T. Violência. In: D'OLIVEIRA, A. F. P. L. (Org.). **Curso de capacitação para o atendimento a mulheres em situação de violência**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, cap. 3, p.18-22, 1997.

VIEIRA, E. M. **A Medicalização do Corpo Feminino.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

VIEIRA, E. M. *et al.* **A interface entre a ocorrência e o atendimento de violência de gênero entre mulheres usuárias dos serviços de saúde da rede pública de Ribeirão Preto**. Projeto de Pesquisa. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2005.

VILLELA, W. V.; ARILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo e vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Ed. Unicamp, p.95-149, 2003.

VILLELA, W. V.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2). p.471-475, fev, 2007.

WAGNER, A.; PREDEBON, J.; MOSMANN, C.; VERZA, F. **Compartilhar tarefas?** Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 21, 2, p.181-186. 2005.

ZILBERMAN, M. L.; BLUME, S. B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, supp. 2, p.51-55, 2005.

Anexos

ANEXO A

Roteiro da entrevista
Data: __/__/__
No. da entrevista: ____
Hora início: Hora término:

I. Identificação
a. sexo: F ( ) M ( )
b. Data de nascimento: __/__/__
c. Estado Marital:
d. Se em união com parceiro fixo, há quanto tempo:

II. Formação Profissional
1. Graduação:
2. Há quanto tempo?
3. Você tem algum curso de especialização ou residência, qual?
4. Há quanto tempo você trabalha na SMS?
5. Em que área você trabalha?
6. Quais são as atividades que desenvolve nessa unidade?

III. Percepção das relações de gênero
1. Você acha que hoje as mulheres têm as mesmas funções e deveres que tinham há alguns anos atrás?
2. Como você vê o papel da mulher dentro da família atualmente?
3. Atualmente tem se falado em liberdade e independência sexual tanto para homens quanto para mulheres, o que você pensa a respeito disso, considerando a busca do prazer sexual pela mulher?

IV. Percepção sobre violência doméstica
4. Na sua opinião, o que leva as pessoas (o casal) a brigarem?
5. O que pode se tornar difícil em uma relação homem/mulher?
6. Quais os tipos de violência doméstica você conhece?
7. Quais tipos você acha mais grave? Por quê?
8. Tem um ditado que diz que *em briga de marido e mulher ninguém mete a colher*, o que você pensa sobre isso? *(caso não responda, perguntar por que, e se alguém deve se envolver)*?

V. Atuação profissional diante da violência doméstica
9. Você já atendeu nessa unidade alguma mulher em situação de violência?
10. Em que situações elas procuram os serviços?
11. Você já atendeu alguma mulher que você tenha suspeitado ter sofrido de violência?
12. Quais os aspectos que o levaram a pensar que se tratava de um caso de violência doméstica?
13. Qual foi o procedimento adotado diante do caso? *(explorar acolhimento, encaminhamento, notificação)*
14. Quais as dificuldades que você já enfrentou atendendo essas situações?
15. Você tem algum recurso de que lança mão no atendimento?
16. Como você se sente ao lidar com situações de violência doméstica?

17. O que você acha que os médicos podem ou devem fazer em casos de violência, ou quando suspeitam?
18. Na sua opinião, quais deveriam ser os procedimentos padrões para enfrentar esse problema? Com relação à identificação, ao tratamento e à prevenção?
19. Durante sua formação profissional, alguma vez foi abordada a questão da violência doméstica contra a mulher?
20. Você acha necessário ser desenvolvido algum tipo de treinamento para os profissionais de saúde lidarem com a questão da violência doméstica?

VI. Conhecimentos Jurídicos *(encaminhamento apropriado)*
21. Você conhece a lei Maria da Penha?
22. Esta unidade tem ficha de notificação?
23. Você conhece o manual de notificação?
24. Você sabe onde fica a Delegacia da Mulher (DDM)?
25. Você sabe para quais locais encaminhar uma mulher em situação de violência doméstica?

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(De acordo com a resolução n°196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde – Brasília – DF)

Meu nome é *Fernanda Garbelini De Ferrante* graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná, aluna do mestrado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Estou realizando uma pesquisa intitulada: *"Violência Contra a Mulher: a percepção dos médicos das unidades básicas distritais de saúde de Ribeirão Preto, São Paulo"*. Orientada pela Profa. Dra. Elisabeth Meloni Vieira. O meu objetivo nesta pesquisa é verificar a percepção dos médicos das unidades de saúde sobre a violência contra a mulher e suas implicações. A sua colaboração será participar de uma entrevista semi-estruturada através da qual falaremos sobre a questão da violência cometida contra as mulheres por parceiros íntimos que buscam as unidades de saúde. A entrevista se dará de forma individualizada, em local seguro e privado para preservar a integridade da participante; ocorrerá após um contato inicial com o pesquisador.

Durante a entrevista abordaremos assuntos pessoais podendo aparecer sentimentos e lembranças, por este motivo você poderá interromper a entrevista em qualquer momento e estarei a sua disposição.

Após seu relato, disponibilizarei o material a você caso deseje modificar algo ou desistir da pesquisa.

É importante esclarecer que em hipótese alguma sua identidade será revelada, porque utilizarei os relatos na pesquisa, publicarei e arquivarei os depoimentos tomando os devidos cuidados para que todas as pessoas citadas não sejam identificadas.

Para que eu possa realizar esta pesquisa preciso que você assine este documento mostrando a sua livre e espontânea decisão em participar de tal estudo.

Após assinado este documento você tem o direito de desistir da entrevista ou não responder a algumas perguntas sem explicitar seus motivos para a desistência.

Caso tenha qualquer dúvida sobre o estudo, estarei disponível a saná-las, pelo telefone: (016) 8147-5569

Este termo será assinado por mim e por você sendo que uma via ficará comigo e a outra com o(a) senhor(a).

Certificado de Consentimento

Eu (nome do entrevistado) _____
_____,
R.G. n° _____, declaro estar devidamente informado sobre a minha participação na pesquisa intitulada *"Violência Contra a Mulher: a percepção dos médicos das unidades básicas distritais de saúde de Ribeirão Preto, São Paulo"*. Após minhas dúvidas terem sido devidamente esclarecidas pelo pesquisador declaro que estou de acordo em participar desta pesquisa, sobre a responsabilidade da Psicóloga Fernanda Garbelini De Ferrante. Minha participação é livre e espontânea conforme foi exposto no termo de consentimento.

Poderei interromper a pesquisa a qualquer momento, desistindo de participar. Eu permito a divulgação dos resultados estando ciente que a minha identidade será mantida em sigilo.

Ribeirão Preto, _____ de _____, de 2007.

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do pesquisador: _____

ANEXO C

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br

HC 50 anos
USP - RIBEIRÃO
assistência - ensino - pesquisa

Ribeirão Preto, 25 de abril de 2007

Ofício nº 1357/2007
CEP/MGV

Prezada Professora,

O trabalho intitulado **"OCORRÊNCIA E ATENDIMENTO DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO ENTRE MULHERES USUÁRIAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA REDE PÚBLICA DE RIBEIRÃO PRETO"**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 245ª Reunião Ordinária realizada em 23/04/2007, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,** de acordo com o Processo HCRP nº 1285/2007.

Atenciosamente.

DRª MÁRCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
PROFª DRª ELISABETH MELONI VIEIRA
Depto. de Medicina Social

Comitê de Ética em Pesquisa HC e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA – 0000 2733; IRB – 0000 2186
Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.fmrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

ANEXO D

Universidade de São Paulo
Campus de Ribeirão Preto
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social
Av. dos Bandeirantes 3900 2° andar
Telefone: (016)602-2433/ 602-25-38 FAX (016)633-1386
14049-900 – RIBEIRÃO PRETO - Est. São Paulo

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Através desta carta lhe apresento a mestranda Fernanda de Ferrante que está colaborando no projeto de pesquisa "Ocorrência e atendimento de gênero entre mulheres usuárias da rede pública de saúde de Ribeirão Preto, SP" que estamos desenvolvendo em conjunto: Departamento de Medicina Social-FMRP-USP, EERP-USP, FFCLRP-USP. A Fernanda é minha orientada e gostaria que a apoiasse fornecendo informações relevantes que possam nos ajudar no estudo que estamos desenvolvendo. Essas informações são de fundamental importância para que possamos realizar ações para melhorar este atendimento. A sua colaboração será extremamente bem apreciada e bem-vinda, obrigada.

Prof. Dra. Elisabeth Meloni Vieira