Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social

Mariana Hasse

Percepções de médicos e enfermeiros acerca da violência contra a mulher: uma análise comparativa

Ribeirão Preto
2011

Mariana Hasse

Percepções de médicos e enfermeiros acerca da violência contra a mulher: uma análise comparativa

Dissertação apresentada ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP - USP para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

Área de Concentração: Saúde na Comunidade

Orientadora: Profª. Dra. Elisabeth Meloni Vieira

Ribeirão Preto
2011

HASSE, M.

Percepções de médicos e enfermeiros acerca da violência contra a mulher: uma análise comparativa.

Dissertação apresentada ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP - USP para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Aprovado em: ____ /____ /____

Banca Examinadora:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Ass: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Ass:_____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Ass:_____

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

Hasse, Mariana

Percepções de médicos e enfermeiros acerca da violência contra a mulher: uma análise comparativa.

160p. ; 30cm

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

Orientador(a): Vieira, Elisabeth Meloni.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os
profissionais de saúde que puderam,
em algum momento e de alguma
forma, ajudar uma mulher a
reencontrar a sua liberdade.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, obrigada pelo afeto, sempre presente e pelo exemplo de determinação e coragem.

Ao Marcelo, companheiro fundamental para que eu, apesar da dor, e através dela, pudesse encontrar o meu próprio caminho. Continuo caminhando...

Aos amigos queridos que, mesmo distantes, sempre ajudaram a dar sentido às coisas, principalmente quando tudo parecia estar tão fora do lugar. Tê-los em minha vida é o maior dos presentes.

À Profª. Elisabeth Meloni Vieira pela paciência e generosidade. Obrigada por todos os ensinamentos e pela oportunidade de vivenciar esse processo.

A Profª. Patrícia Leila dos Santos, pela oportunidade e acolhimento dados em momento tão delicado.

Aos professores Manoel Antônio dos Santos, Amaury Lelis Dal Fabbro e Ana Márcia Spanó Nakano pelas argüições na banca de qualificação que tanto me incentivaram a seguir em frente.

À Jussara, ao Nicolau e à Lívia pelas pequenas, mas fundamentais ajudas prestadas.

Aos colegas de trabalho, pela cooperação e, em especial a Tanira, amiga tão esperada. Obrigada por todo o seu carinho e cuidado... Quantas boas risadas, hein!?!

E à Silvia, em nome da Casa de Saúde Santa Marcelina, pela oportunidade de ver na prática tudo o que estudei e pelo apoio dado na flexibilização das horas de trabalho.

Com licença Poética

Quando nasci um anjo esbelto,
desses que tocam trombeta, anunciou:
vai carregar bandeira.
Cargo muito pesado pra mulher,
esta espécie ainda envergonhada.
Aceito os subterfúgios que me cabem,
sem precisar mentir.
Não sou tão feia que não possa casar,
acho o Rio de Janeiro uma beleza e
ora sim, ora não, creio em parto sem dor.
Mas o que sinto escrevo. Cumpro a sina.
Inauguro linhagens, fundo reinos
- dor não é amargura.
Minha tristeza não tem pedigree,
já a minha vontade de alegria,
sua raiz vai ao meu mil avô.
Vai ser coxo na vida é maldição pra homem.
Mulher é desdobrável. Eu sou.

Poesia Reunida, Adélia Prado

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Organograma da rede de saúde do Município de Ribeirão Preto, SP em 2008.

Tabela 1. Perfil dos médicos entrevistados.

Tabela 2. Perfil dos enfermeiros entrevistados.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS Agente Comunitário de Saúde.

CID Classificação Internacional de Doenças.

CNPq Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

CSE Centro de Saúde Escola.

DDM Delegacia de Defesa da Mulher.

DST Doenças Sexualmente Transmissíveis

EERP Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

ESF Estratégia de Saúde da Família.

FFCLRP Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto.

FMRP Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

FSESP Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública.

FUNASA Fundação Nacional de Saúde.

HCFMRP Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.

INPS Instituto Nacional de Previdência Social.

NOB Norma Operacional Básica.

OMS Organização Mundial da Saúde.

ONG Organização não governamental.

ONU Organização das Nações Unidas.

PAISM Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PSF Programa de Saúde da Família.

SMS Secretaria Municipal de Saúde.

SUS Sistema Único de Saúde.

UBDS Unidades Básicas Distritais de Saúde.

UBS Unidade Básica de Saúde.

USP Universidade de São Paulo.

HASSE, MARIANA. **Percepções de médicos e enfermeiros acerca da violência contra a mulher: uma análise comparativa**. 160f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2011.

Este trabalho foi desenvolvido como subprojeto integrante da pesquisa “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”. A violência contra a mulher é uma das expressões mais perversas da subordinação feminina e gera graves conseqüências para as pessoas que vivenciam o seu ciclo. Mulheres nessa situação buscam frequentemente os serviços de saúde, que possuem um alto poder de detecção da violência. Porém, há uma série de dificuldades por parte dos profissionais, médicos e enfermeiros, em identificar e prestar assistência adequada a essas mulheres. O objetivo deste estudo foi analisar comparativamente as percepções de médicos e enfermeiros que atuam na rede de saúde de Ribeirão Preto acerca da violência contra a mulher buscando formas de aprimorar a assistência prestada. Para isso, realizamos uma pesquisa qualitativa, utilizando um banco de dados de 14 entrevistas com médicos e 10 com enfermeiros, realizadas por meio de um roteiro semi-estruturado. Por meio de análise de conteúdo temático foram identificadas as seguintes categorias: 1) Percepções sobre gênero; 2) Percepções sobre a violência contra a mulher; 3) Sobre atuação profissional; e 4) Sobre a rede de proteção. Tais categorias foram divididas em diversas subcategorias que foram analisadas a partir do referencial de gênero. Os resultados mostraram que há muitas semelhanças nas percepções relativas às questões de gênero, que são ainda bastante tradicionais. Os profissionais entendem que a violência contra a mulher ocorre devido às desigualdades perpetuadas pelo sistema social e que acabam por justificar a violência. Eles reconhecem os tipos de violência existentes e estão aptos a identificar e acolher as mulheres nos serviços de saúde, reconhecendo tais ações como suas responsabilidades. Porém, muitas vezes não o fazem por barreiras como a própria estrutura dos serviços, a falta de capacitação e aspectos emocionais, que dificultam o acolhimento e a orientação adequados. Também identificamos que a rede de apoio existente ainda é desconhecida por muitos dos profissionais e, diversas vezes, está estruturada de forma inadequada para atender às demandas existentes. Assim, é fundamental o desenvolvimento de capacitações para os profissionais da área de saúde com o objetivo de prepará-los para uma melhor assistência às mulheres em situação de violência e para o conhecimento da rede de proteção existente. Além disso, é urgente que a estrutura dos serviços seja repensada em diversos aspectos para que os princípios do SUS e as ações de humanização possam, de fato, ser colocadas em prática.

Palavras-chave: violência contra a mulher; profissionais de saúde; médicos; enfermeiros; gênero.

HASSE, MARIANA. **Doctors and nurses' perceptions of violence against women: a comparative analysis**. 160p. Thesis (Master's degree). School of Medicine in Ribeirão Preto, University of São Paulo, 2011.

This study was conducted as part of the larger research project "The interface between the occurrence and treatment of gender violence among women who are users of public health care in Ribeirão Preto". Violence against women is one of the most perverse forms of female subordination and leads to serious consequences to those affected by it. Women in such conditions frequently seek health care services, which are highly capable of detecting violence. However, there are a number of obstacles faced by professionals, doctors and nurses, in order to identify and provide proper assistance to these women. The objective of this study was to comparatively analyze how doctors and nurses who work in the public health care system in Ribeirão Preto perceive violence against women with a view to improving the quality of services. To attain this goal, this qualitative study made use of a database of 14 interviews with doctors and 10 with nurses following a semistructured script. Following thematic content analysis, the following categories have been established: 1) Perceptions about gender; 2) Perceptions about violence against women; 3) About the jobs; and 4) About the protection network. These categories were further divided into subcategories that were analyzed by taking gender as a reference. The findings show that there are many similarities across perceptions concerning gender issues, which are still quite traditional. Professionals believe that violence against women occurs as a result of inequalities that have been perpetuated by the social system and that ultimately justify such violence. They recognize the existing types of violence and are ready and able to identify women and offer them assistance within the health care system, which they regard to be part of their responsibilities. However, they frequently cannot do that due to barriers such as how the services are structured, lack of training, and emotional aspects, which make both reception and counseling difficult. It has also been found that the existing support network is still unknown to many professionals and, very often, that it is inadequately organized to meet current demands. Thus, it is essential to develop the skills of health care professionals in order to prepare them both to provide better assistance to women who have been affected violence and to know about the existing protection network. In addition, there is the urgent need to rethink the organization of services at various levels so that the principles of *SUS* - the universal health care system - and humanization actions can actually be put into practice.

Keywords: violence against women; health care professionals; gender.

SUMÁRIO

Apresentação 12
Capítulo 1. Gênero, violência e suas interfaces 14
1.1. Sobre o gênero 15
1.2. Sobre a violência 18
1.3. Sobre a violência de gênero 21
1.4. A violência de gênero no Brasil 22
1.5. A violência como uma questão de saúde 25
Capítulo 2. O SUS e a rede de apoio 28
2.1. O Sistema Único de Saúde 29
2.2. Os profissionais de Saúde 33
2.2.1. Médicos, Enfermeiros e a violência 35
2.3. Da invisibilidade a visibilidade possível – a rede de proteção 36
Capítulo 3. Objetivos 40
3.1. Geral 41
3.2. Específico 41
Capítulo 4. Materiais e métodos 42
4.1. Tipo de estudo 43
4.2. Aspectos éticos 45
4.3. Instrumento 45
4.3.1. Pré-teste 47
4.4. O contexto da pesquisa 47
4.5. Participantes 49
4.5.1. Médicos 49
4.5.2. Enfermeiros 50
4.6. Coleta de dados 52
4.7. Análise dos dados 54
Capítulo 5. Resultados e Discussão 56
5.1. Percepções sobre gênero 57
5.2. Percepções sobre a violência 70
5.3. Sobre a atuação profissional 95
5.4. Sobre a rede de proteção 116

Capítulo 6. Considerações finais **138**
Referências **143**
Anexos **156**

APRESENTAÇÃO

Meu interesse em trabalhar com saúde pública veio enquanto caminhava por uma exposição do fotógrafo Sebastião Salgado. Ao olhar aquelas imagens, percebi que gostaria de poder ajudar pessoas e, inicialmente, encontrei na psicologia um caminho para isso.

Ao finalizar minha graduação em 2007 e, sentindo que precisava me aprofundar nas questões referentes à saúde pública, procurei a USP, onde conheci a Profª. Patrícia Leila dos Santos, por quem fui convidada a participar de um projeto de pesquisa que me inseriu na rede de atenção primária à saúde de Ribeirão Preto.

Essa experiência me possibilitou conhecer a Profª Elisabeth Meloni Vieira que me apresentou ao Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade.

Iniciei o mestrado pretendendo conhecer as percepções dos agentes comunitários de saúde acerca de violência contra a mulher. Porém, por questões pessoais, precisei assumir um trabalho em São Paulo, o que mudou bastante os planos.

O projeto inicial foi modificado e então, dentro da mesma temática, me propus a realizar uma análise comparativa das percepções de médicos e enfermeiros sobre a violência contra a mulher. Para isso, utilizei um banco de dados com entrevistas realizadas em duas pesquisas anteriores que também fizeram parte do projeto “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”, desenvolvido pelo grupo de estudo Saúde e Gênero, coordenado pela Profª. Elisabeth.

Iniciamos o Capítulo 1 abordando a questão de gênero, entendido como a construção social de homens e mulheres e, portanto, conceito chave para a análise das relações de subordinação feminina. Posteriormente, abordamos a questão da violência, seus conceitos e definições para podermos, então, pensar na violência de gênero, buscando entender, prioritariamente, a violência contra a mulher.

Estudos sobre a violência contra a mulher vêm sendo amplamente produzidos desde os anos 1990, motivados por sua grande prevalência e pelo reconhecimento

de tal questão como violação de direitos humanos e como um problema de saúde pública.

Entendendo tal fato, ainda no Capitulo 1, fizemos um levantamento das políticas de enfrentamento da violência contra a mulher no Brasil e, posteriormente, discorremos sobre a violência na esfera da saúde pública, uma vez que, apesar de bastante comum, a violência ainda é um tabu e exige que ações integradas visando a sua prevenção e combate mais efetivo sejam realizadas.

No Capitulo 2, retomamos o histórico da construção do SUS, abordamos as propostas das políticas de saúde atuais e alguns aspectos referentes aos profissionais de saúde, especificamente aos médicos e enfermeiros. Para finalizar este capítulo tratamos da questão da invisibilidade da violência nos serviços de saúde.

O Capítulo 3 define os objetivos gerais e específicos deste estudo. O quarto Capítulo refere-se à metodologia utilizada para a realização da pesquisa enquanto o Capítulo 5 compreende a análise e discussão dos resultados. Por fim, o sexto Capítulo traz as considerações finais.

Entendemos que houve avanços nas últimas décadas em relação à questão da violência contra a mulher, mas a realidade dos serviços públicos de saúde, no que se refere à atenção a esse problema, ainda é bastante precária, uma vez que as necessidades das mulheres ultrapassam o que é oferecido nos serviços aos quais elas têm acesso. A questão mostra-se bastante complexa e o primeiro passo para abordá-la é retirá-la da invisibilidade – objetivo com que este trabalho pretende colaborar.

Capítulo 1

Gênero, violência e suas relações

1.1. Algumas reflexões sobre a questão de gênero

O conceito de gênero representa o aspecto social das relações entre os sexos que se constrói e se manifesta em diversas áreas da vida social, como a cultura, a ideologia, a sexualidade, a organização do estado e a estruturação das relações sociais (ALAMBERT, 1997).

Inicialmente, o termo gênero era utilizado apenas do ponto de vista gramatical, como uma categoria indicativa, por meio de desinências, da divisão dos nomes baseada em critérios como sexo e associações psicológicas. Segundo Scott (1989), mais recentemente, porém, tal termo começou a ser utilizado pelas feministas na ênfase no caráter social das distinções baseadas no sexo, rejeitando assim, o determinismo biológico embutido em tal conceito.

Scott (1989) afirma que várias abordagens foram utilizadas buscando analisar a questão do gênero, e descreve três grandes posições teóricas.

A primeira, elaborada pelas chamadas feministas essencialistas, entendia a dominação masculina como um efeito do desejo dos homens em transcender a sua privação dos meios de reprodução da espécie. Enquanto para algumas a libertação das mulheres estaria na compreensão adequada do processo de reprodução, para outras, estaria nas transformações tecnológicas que eliminariam a necessidade do corpo da mulher como agente de reprodução da espécie. Assim, para elas, a reprodução é a forma como o controle sobre as mulheres é produzido e sustentado, e consequentemente, o corpo feminino é colocado no foco central da construção das relações de dominação e desigualdade.

Segundo Villela & Monteiro (2005), o feminismo no Brasil dos anos 1970, se embasava em tal tese, afirmando que a opressão das mulheres tinha como base à expropriação do controle dos seus corpos e da sua sexualidade.

A segunda posição teórica trazida por Scott (1989) seria baseada no materialismo histórico, corrente de tradição marxista que tem uma explicação material para a questão do gênero. Tal corrente, de embasamento econômico-social, afirma haver uma motivação dupla para a dominação das mulheres: o patriarcado e o capitalismo. A questão de gênero seria assim, um subproduto de estruturas econômicas e a divisão social do trabalho é que teria gerado as desigualdades sociais na esfera privada, sendo a estrutura de classes econômicas a base material para a opressão feminina.

A solução para as desigualdades seria, portanto, a instauração de uma organização social melhor desenvolvida, por meio do socialismo. Tal hipótese, porém, foi desmentida pela própria história uma vez que, em países socialistas, as mulheres sempre foram tão exploradas e oprimidas como em quaisquer outros países.

Por fim, Scott (1989) discorre sobre a teoria psicanalítica, que se preocupa com o processo de construção da identidade do sujeito, centrando-se nas primeiras etapas do desenvolvimento infantil para buscar os indícios da formação da identidade de gênero. Há duas abordagens principais. A Escola Anglo-Americana, que trabalha com as teorias de objeto e é criticada pela autora, pois sua interpretação limita o conceito de gênero à esfera familiar e doméstica, não deixando canais de ligação do indivíduo com outros sistemas sociais, criando uma lacuna no elo com as realidades social e histórica.

Já a Escola Francesa, baseada em visões estruturalistas e pós-estruturalistas, enfoca o papel da linguagem como sistema de comunicação, interpretação e representação de gênero, considerando o inconsciente essencial para a construção do sujeito. A crítica de Scott (1989) é construída afirmando haver uma falta de concepção da realidade social, não situando o sujeito como estando suscetível a variações históricas.

Scott (1989) propõe então uma definição de gênero como sendo um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e também como forma primordial de significar as relações de poder.

O conceito de gênero nesse sentido é utilizado para designar as relações sociais entre os sexos, referindo-se às origens, exclusivamente sociais, das identidades subjetivas de homens e mulheres. Assim, é focado em um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas que não é diretamente determinado por ele e nem determina a sexualidade do sujeito (SCOTT, 1989).

Dessa forma, enquanto sexo se refere à identidade biológica de uma pessoa, gênero se refere a sua construção social como homem ou mulher. E como não poderia deixar de ser, tal diferenciação dos papéis masculino e feminino criada pela sociedade, baseia-se em critérios socioculturais e não biológicos.

Assim, atributos tidos como naturais são, na verdade, características socialmente construídas, uma vez que nos constituímos e reconhecemos, enquanto homens ou mulheres, a partir de relações sociais (VIEIRA, 2002).

Estas por sua vez, segundo Scott (1989), são permeadas por quatro elementos distintos e relacionados entre si, que operam simultaneamente a construção das identidades de gênero:

- os símbolos culturais, que trazem representações simbólicas como Eva-Maria, luz-escuridão;

- os conceitos normativos, que representam a interpretação dos símbolos e significados, como as doutrinas religiosas, educativas, políticas;

- as instituições sociais e políticas e as organizações que sustentam uma representação binária de gênero;

- e a formação da identidade subjetiva dos sujeitos.

Homens e mulheres são diferentes biologicamente, e isso não deve nem pode ser negado. O que se questiona é a desigualdade criada dentro da ordem social, na qual os homens são as figuras dominantes, e as mulheres, conseqüentemente, as subjugadas. E essa hierarquização é justificada pela naturalização.

Bourdieu (1995) escreve que tal naturalização levou a somatização das relações de dominação, inscrevendo no corpo do dominado, no caso, da mulher, gestos, posturas, disposições e marcas da submissão. O autor afirma que algumas das qualidades mais valorizadas nas mulheres, como comprometimento e tolerância acabam sendo os responsáveis pela patologização de seus relacionamentos.

Na construção do seu conceito de dominação masculina, Bourdieu (1995) afirma que a mesma é simbólica e legitimada por uma sociedade que ainda se constitui de forma patriarcal. Isso leva ao exercício constante de poder entre os sujeitos, o que supõe, intrinsecamente, formas de resistência e contestação.

Mais recentemente, teses que privilegiavam a noção de que a própria sexualidade - biológica, psíquica, social – seria sempre a expressão de um poder inconsciente de tipo identitário ou genealógico deram origem a *Queer theory.* Tal teoria concebe a sexualidade rejeitando, ao mesmo tempo, o sexo biológico e o sexo social, entendendo que cada indivíduo pode adotar, a qualquer momento a posição de um ou de outro sexo (ROUDINESCO, 2003).

Outhwaite & Bottomore (1996) afirmam que as relações de gênero assumem formas variadas em diferentes sociedades, períodos históricos, grupos étnicos, classes sociais e gerações. De forma complementar, podemos citar Louro (1997) que acredita que, por ser uma construção, um processo, o conceito de gênero se

modifica constantemente junto às relações sociais, dependendo do contexto histórico em que se insere.

Há, porém, um ponto comum a todas as definições de gênero: a permanente desigualdade associada à diferença de gênero e relacionada ao exercício do poder entre homens e mulheres, de forma quase universal (LOURO, 1997). Assim, o conceito de gênero pode ser entendido como um dos meios de articulação do poder – enquanto a mulher é vista como sexo frágil, sobre o qual é realizado um controle que a coloca em um lugar inferior ao homem, o poder masculino é consolidado, naturalizando as posições feminina e masculina.

Dessa forma, tal conceito pode ser utilizado como chave para a análise das relações de subordinação das mulheres e também das mudanças sociais e políticas, uma vez que diversas instituições produzem-se e funcionam a partir das relações de gênero.

1.2. Sobre a violência

O termo violência designa, de acordo com épocas, locais e circunstâncias, realidades muito diferentes, o que gera uma enorme dificuldade para se conceitualizar tal fenômeno, que deve ser compreendido no contexto social que a produz, em sua especificidade interna e em sua particularidade histórica.

A palavra violência, segundo Minayo (2006) vem do latim *vis*, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e uso da superioridade física sobre o outro, gerando conflitos de autoridade, lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens (BRASIL, 2005b).

Arendt (2001; 2009) compreende a violência como uma ferramenta utilizada para tentar garantir a superioridade frente ao mais fraco, havendo uma ausência de vigor e energia em tal fenômeno, o que o coloca ao lado da fraqueza e da fragilidade.

Já o poder, a autora relaciona à esfera pública, à coletividade, à convivência entre os homens, expressando-se através da palavra e pela convergência de decisões tomadas para o coletivo visando o estabelecimento de um entendimento que acolha aos interesses de todos. Dessa forma, Arendt (2009) afirma que só há efetivação do poder se a palavra e a ação estiverem sendo usadas em consonância, expondo e transformando as realidades que não satisfazem.

Assim, enquanto o poder corresponde ao agir em conjunto, a força, por conter exatamente as características assimétricas a este, acaba por conduzir à violência. Ou seja, enquanto a força é a qualidade natural de um individuo isolado, o poder existe entre os homens quando estes agem juntos, desaparecendo no momento em que se dispersam (ARENDT, 2001).

Portanto, para que haja poder, é fundamental que haja convivência, uma vez que o poder corresponde exatamente à condição humana de pluralidade. E, consequentemente, as relações baseadas na força, geradoras de violência, são aquelas em que o poder tornou-se impotente (ARENDT, 2001; 2009).

Para Habermas (1989), o poder é legitimado no momento em que há comunicação livre e ação conjunta entre as pessoas. Ele define a comunicação livre, referindo-se aos diferentes graus de liberdade interativa, na qual os sujeitos concordam e compartilham expectativas, sentidos e valores. O oposto a tal conceito, ou seja, o não compartilhamento de valores e sentidos, o rompimento da linguagem, seria a violência.

Assim, a violência ocorre quando não há qualquer forma de comunicação, ou seja, quando não há interação e, no momento em que algum código comum consegue ser estabelecido, o exercício de poder, no sentido colocado por Arendt, é gerado (HABERMAS, 1989).

Podemos então, tomar a violência como parte intrínseca da vida social, resultante das relações, da comunicação e dos conflitos de poder, arraigada às relações sociais e construída no interior das consciências e subjetividades.

A violência precisa ser interpretada em suas várias faces, de forma interligada, em rede, e por meio dos eventos em que se expressa, repercute e reproduz. As crueldades mais apavorantes se articulam com a violência escondida e naturalizada no cotidiano.

Podemos pensar em três definições de violência, que contemplam tanto o âmbito individual quanto o coletivo:

A violência psicológica, caracterizada por abuso verbal, intimidação, ameaças, isolamento, desprezo e abuso econômico. Acredita-se que seja a mais comum, e com menor visibilidade por não ser facilmente identificada e por não ser visível fisicamente. O abuso econômico, citado acima, consiste no desrespeito e apropriação de algo de sua propriedade e de seus bens.

A violência sexual, definida como toda ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual com outra pelo uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule ou limite à vontade pessoal. Considera-se violência também, o agressor obrigar vítima a realizar algum desses atos com terceiros ou a praticar atos que lhe façam sentir humilhada ou depreciada. Esse tipo de violência é bastante comum e naturalizada nos casamentos uma vez que o sexo é visto como uma obrigação conjugal (MINAYO, 1994).

E a violência física, que é caracterizada por ações que implicam uso da força, podendo manifestar-se em qualquer ato que atente contra a integridade física, produzindo ou não marcas corporais.

Podemos pensar também na chamada violência moral e simbólica, como sendo aquela que trata da dominação cultural, ofendendo a dignidade e desrespeitando os direitos do outro (MINAYO, 2006).

Tal divisão é puramente didática uma vez que, na prática, esses fenômenos ocorrem concomitantemente e de forma sobreposta, não se apresentando de forma isolada e se repetindo com freqüência.

A violência passou a ser reconhecida, a partir do século XX, como um problema, em decorrência do surgimento de um discurso ético-moral baseado na idéia moderna de igualdade social. A concepção negativa e condenatória das várias formas da violência foi um passo muito positivo da sociedade uma vez que, atribuir a um ato de exploração, de dominação, de agressão física, emocional ou moral o caráter negativo de violência significa um status superior da consciência social a respeito dos direitos individuais e coletivos (MINAYO, 2006).

No final da década de 1970, segundo Oliveira (2007), houve uma inserção da temática da violência e da criminalidade na agenda da cidadania, resultado do aumento da consciência nacional sobre o acirramento da violência social. Isso ocorreu concomitantemente ao processo de abertura política no país, o que gerou um crescimento de movimentos sociais em prol dos direitos civis e pela redemocratização, das instituições de direito e da pressão de algumas entidades não-governamentais e organizações internacionais, o que foi fundamental para tornar a violência social uma questão pública, inclusive no interior do setor saúde, como será visto no Capítulo 2.

1.3. Sobre a violência de gênero

Uma das expressões mais perversas e extremas de demonstração da subordinação da mulher é a violência de gênero que, além de ter graves conseqüências individuais para as pessoas que vivenciam o seu ciclo, também compromete o desenvolvimento socioeconômico de um país (OLIVEIRA & FONSECA, 2007).

A violência de gênero é qualquer ato de violência baseado em gênero que resulta em dano físico, sexual, emocional ou sofrimento para mulheres, incluindo ameaças, coerções ou privações arbitrárias da liberdade, seja na vida pública ou privada, vitimizando mulheres por razões culturais, conjugais ou sexuais.

Ela distingue um tipo de dominação, de opressão e de crueldade estruturalmente construído nas relações entre homens e mulheres, reproduzido no cotidiano e subjetivamente assumido e, apesar de dizer respeito a relações entre homens e mulheres, incide principalmente sobre as mulheres e constitui uma questão de saúde pública e violação explícita dos direitos humanos (OLIVEIRA & FONSECA, 2007).

A violência de gênero é um fenômeno mundial e não respeita fronteiras de classe social, etnia, religião, idade ou grau de escolaridade, havendo diversos tipos de manifestações e conseqüências, que dependem muito da forma como a mulher é agredida.

Diversos autores entendem que, para a questão da violência de gênero ser entendida, precisa ser vista sob a perspectiva de gênero, buscando explicar como as condições e relações de gênero intervêm no processo saúde-doença e desconstruir um fenômeno que parece ser natural. Colocam inclusive que a perspectiva de gênero deveria estar intrinsecamente associada a qualquer política pública que se pronunciasse como direcionada à família (AQUINO, 2005; BRITO, 1997; OLIVEIRA, 2007; SCHRAIBER, 2005; SCOTT, 2005; VILLELA & MONTEIRO, 2005; VIVAS, 2005).

A partir dos anos 1960, os movimentos feministas, buscando a desconstrução das raízes culturais da inferioridade feminina e do patriarcalismo romperam o silêncio e começaram a denunciar a violência ocorrida contra as mulheres, que começava a ser percebida como um problema social tanto pelas proporções quantitativas quanto pela gravidade de suas conseqüências (OLIVEIRA, 2007).

Com isso, a opinião pública passou a se sensibilizar com a questão que vinha sendo tratada apenas sob a ótica das relações interpessoais, tomada como um componente natural decorrente das relações pessoais, remetido à esfera do doméstico, do domínio do privado. Com a publicização da questão, ela assume uma conotação política.

A questão da violência contra a mulher foi inserida no cenário internacional em 1993 quando a Assembléia Geral das Nações Unidas adotou a Declaração para a Eliminação da Violência contra as Mulheres. Em 2002, a ONU, por meio do Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde, definiu a violência sexual contra a mulher como um dos problemas de saúde de prevalência e incidência importantes e alertou para a insuficiência de estudos, dados e informações que permitissem estimar a dimensão e extensão do problema.

1.4. A violência de gênero no cenário nacional

No Brasil, o movimento feminista, tentando modificar as leis que mantinham a dominação masculina e construir novas bases de relação, foi o responsável por tornar pública a violência de gênero, principalmente a sexual e doméstica, reivindicando abrigo, assistência jurídica especial e atendimento policial (AQUINO, 2005).

No início de 1980, surge o SOS - Mulher, primeiro grupo de combate à violência contra a mulher, entidade autônoma voltada ao atendimento jurídico, social e psicológico de mulheres em situação de violência, mantida voluntariamente pelas feministas e que, apesar das dificuldades e precariedades institucionais, cumpriu seu objetivo de tornar a violência de gênero uma questão pública.

A mulher nesse momento se torna o tema central do debate, e não mais a exceção. Há um caráter político nos estudos feministas em que não há objetividade e neutralidade alguma (LOURO, 1997).

Os movimentos de mulheres foram fundamentais para a construção do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), promulgado em 1983, que incorporou de forma clara a pauta dos direitos sexuais e reprodutivos, cuja reflexão sobre violência de gênero tinha destaque (AQUINO, 2005; VILLELA & MONTEIRO, 2005).

Também devido às reivindicações dos movimentos feministas, foi criada em 1985, inicialmente na cidade de São Paulo, a Delegacia de Defesa da Mulher, oferecendo a possibilidade da mulher recorrer a um serviço de denúncia em caso de violência. Nesse momento, a violência de gênero passava a ser entendida como um desvio da normatividade social, não mais aceita socialmente, e interpretada como um crime, passível de responsabilização e punição (SILVA, 1992).

Em 1986 foi criado, também em São Paulo, o Centro de Orientação Jurídica (COJE), que dava orientações, informações e encaminhamentos para as mulheres, além de assistência psicológica. Posteriormente foi criado o Centro de Convivência de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica (COMVIDA), primeiro abrigo do país, com função de abrigar as mulheres em situação de violência em local sigiloso e protegido. Desse modo, diversos espaços diferenciados foram conquistados pelas próprias mulheres para lidar com a questão da violência sofrida por elas (SILVA, 1992).

Já na década de 1990 foi criada a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, fruto de diversas mudanças sociais, demográficas e epidemiológicas que se consolidaram nessa década, como a drástica queda da fecundidade, a expansão da epidemia da AIDS e a massificação da violência. Tais fatos, em que a incorporação da perspectiva dos direitos humanos às ações de saúde sexual e reprodutiva consolidam os Direitos Sexuais e Reprodutivos, trazem novos desafios principalmente para a saúde coletiva, tanto do ponto de vista de produção de conhecimento quanto da formulação e implementação de políticas públicas (AQUINO, 2005; VILLELA & MONTEIRO, 2005).

Nesse contexto, é implantado o SUS – Sistema Único de Saúde (o tema que será abordado mais especificamente no próximo capítulo), com incorporação da pauta de saúde da mulher, em parte devido às recomendações da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) (VILLELA & MONTEIRO, 2005).

Se no final da década de 1970 o Programa de Saúde Materno-Infantil era a única ação pública de saúde com caráter universalista dirigido às mulheres, atualmente, as diretrizes dos Direitos Sexuais e Reprodutivos orientam a Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) do Ministério da Saúde, que busca retomar as proposições iniciais adequando-as às necessidades que se tornaram

visíveis nos últimos vinte anos e também ao momento atual do SUS (BRASIL, 2004a).

O primeiro desafio do programa é que as ações estejam contempladas na esfera da saúde, entendendo que há aspectos desse tema que estão em esferas distintas; o segundo desafio é compatibilizar as ações aos princípios do SUS, tais como universalidade e equidade; e o terceiro ponto é a concretização da proposta de integralidade, eixo-central da proposição feminista em relação à saúde das mulheres e também uma das diretrizes centrais do SUS (VILLELA & MONTEIRO, 2005).

Avaliações indicam que houve avanços, em especial no que se refere à retomada do PAISM e na construção de marcos técnicos, institucionais e políticos necessários para a incorporação das atividades de saúde da mulher e normativos nas rotinas de expansão do SUS (VILLELA & MONTEIRO, 2004).

Em 1995 o Brasil ratificou a Convenção de Belém do Pará (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, 1994), que estabelece que toda mulher tem o direito de viver livre de violência, o que abrange também o direito de ser livre de toda forma de discriminação.

Ao assinar tal convenção, assim como a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, em 1994, o governo brasileiro se propôs a implementar medidas de combate à violência contra a mulher, como aumentar em 30% os serviços de saúde para atendimento das vítimas, contracepção de emergência, aborto previsto por lei (se assim a vítima desejar), além de capacitação de profissionais para esses atendimentos (MACHADO, 2002).

Em 7 de Agosto de 2006 foi sancionada a Lei 11.340 (Lei Maria da Penha), que tipifica a violência doméstica como uma forma de violação dos direitos humanos, transforma questão da violência em política nacional, oferecendo penas mais duras aos agressores e maior proteção judicial e policial às mulheres vítimas de violência, dando cumprimento tanto à Convenção de Belém do Pará como à Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), da ONU (BRASÍLIA, 2006).

Estudos sobre a violência contra a mulher vêm sendo amplamente produzidos desde os anos 1990, motivados pela sua grande prevalência e pelo reconhecimento de tal questão como violação de direitos humanos e como um problema de saúde pública. Porém, nunca um assunto provocou tantas reticências para sua inclusão no

setor saúde como a violência, tema que sempre foi tratado como sendo pertencente apenas às esferas do direito e segurança pública.

2.1. A violência de gênero como uma questão de saúde

Como visto anteriormente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) assumiram em diversos documentos e portarias, a questão da violência contra a mulher como um grave problema de saúde pública. Diversas medidas vêm sendo tomadas nos últimos anos com o intuito de combater esse problema, que tem um impacto cada vez maior na vida da população. Como já foi citado anteriormente, conferências, declarações e convenções vem sendo realizadas nacional e internacionalmente, em busca de soluções para coibir as práticas de violência de gênero (HERRERA, 2006; MARTIN, 2003; RODRIGUES-BOLAÑOS et al, 2005).

Até bem pouco tempo o setor saúde olhou para o fenômeno da violência como um mero espectador, um contador de eventos, um reparador dos estragos provocados.

Essa visão começa a mudar timidamente na década de 1960, a partir da pediatria norte-americana, que começa a estudar, diagnosticar e medicar a chamada “Síndrome do Bebê Espancado”. Uma década depois, diversos países reconhecem formalmente os maus-tratos como um grave problema de saúde pública, criando programas nacionais de prevenção primária e secundária, e centrais de denúncia, tornando público e passível de intervenção social um problema, até então, considerado de foro privado (MINAYO & SOUZA, 1999).

Um outro fator que contribuiu para a entrada da violência no âmbito da saúde foi o movimento feminista que, buscando sensibilizar as mulheres e a sociedade em geral sobre a violência de gênero e, buscando criar uma nova mentalidade através da implosão do modelo patriarcal, gerou mudanças essenciais no setor.

No Brasil, é na década de 1980 que o tema da violência começa a entrar com maior vigor na agenda de debates e no campo pragmático da saúde tendendo a se consolidar no final dos anos 1990. Inicialmente, o tema foi abordado dentro dos limites dos conceitos biomédicos, e sua incorporação se deu na ótica racional da medicina positivista - está incluído, há muitos anos, na Classificação Internacional de

Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS) sob a denominação de “causas externas” (MINAYO & SOUZA, 1999).

Dois fortes motivos tornaram a violência uma preocupação da área da saúde: a ampliação do conceito de saúde que passou a considerar tudo o que significasse agravo e ameaça a vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais, e à qualidade de vida, pertencente ao âmbito da saúde e porque a violência, num sentido mais restrito, afeta a saúde e, frequentemente leva a morte.

Além de trazer danos à saúde física e mental das mulheres, a violência de gênero representa um custo real para a sociedade. Carreira e Pandjiarjian (2003) ilustram a dimensão e o custo social da violência:

- No mundo, um em cada cinco dias de falta ao trabalho de uma mulher é decorrente da violência sofrida em casa; a cada cinco anos de violência doméstica, a mulher perde um ano de expectativa de vida; uma mulher agredida por seu companheiro, em geral, recebe salário inferior ao de uma trabalhadora que não é vítima de violência doméstica.
- Na América Latina, a violência doméstica incide sobre 25% a 50% das mulheres; os custos anuais com a violência doméstica são da ordem de 14,2% do PIB (Produto Interno Bruto), o que significa US$ 168 bilhões.

(*Fonte*: dados do Banco Mundial, BID, Fundação Perseu Abramo).

As políticas de enfrentamento à violência contra as mulheres enfatizam a extrema importância do atendimento às mulheres em situação de violência nos serviços de saúde já que este é, muitas vezes, o único local procurado por elas. Isso faz com que a prevalência da violência cometida pelo parceiro íntimo seja mais alta entre as usuárias dos serviços de saúde, uma vez que estas parecem adotar um padrão repetitivo de maior freqüência a tais serviços (BRASIL, 2004a; MCCAULEY et. al, 1995).

Pelo menos 35% das queixas levadas por mulheres aos serviços de saúde estão ligadas à violência sofrida e os perpetradores são os parceiros íntimos em 88% dos casos. As implicações da violência para a saúde da mulher abrangem: lesões físicas diretas, inflamação pélvica aguda, maior risco de contágio por doenças de transmissão sexual, gravidez não desejada, aborto, parto prematuro, baixo peso ao nascer, depressão, ansiedade, baixa auto-estima, disfunção sexual, entre diversas outras (LUDERMIR, 2008; RODRIGUES-BOLAÑOS et al. 2005).

No Brasil, estudos estimam que a cada 15 segundos uma mulher é agredida, normalmente no seu lar e que, em 70% dos casos, o agressor é o marido ou companheiro (CARREIRA & PANDJIARJIAN, 2003). Em outras pesquisas, encontrou-se prevalência de 37,7% de violência física alguma vez na vida em mulheres na cidade de São Paulo, e 35,2% da Zona da Mata de Pernambuco (MORENO-GARCIA et al., 2005, SCHRAIBER et. al, 2007). Estudo similar realizado em Embu, São Paulo, refere prevalência de 33,7% de qualquer tipo de violência na vida (BRUSCHI et. al, 2006).

Uma pesquisa realizada em uma distrital de saúde da cidade de Ribeirão Preto – SP, demonstra que 45% das mulheres já enfrentaram alguma forma de violência pelo menos uma vez na vida, dados que se assemelham aos colhidos nos serviços de saúde do município de São Paulo, onde 40% das mulheres já foram vítimas de violência (MARINHEIRO, 2006).

A violência contra a mulher é um fenômeno complexo que vem sendo encarado como problema de saúde pública, não somente devido às suas complicações, mas também como vimos anteriormente, devido ao fato dos serviços de saúde serem um dos locais mais procurados por mulheres nessa situação (SHRAIBER & D'OLIVEIRA, 1999).

Como pudemos ver, a elevada prevalência da violência contra a mulher é evidente, assim como a necessidade de aparelhar os serviços com recursos adequados para oferecer assistência e apoio às mulheres em situação de violência. Apesar dos avanços decorrentes das inovações legais e políticas, milhões de mulheres brasileiras seguem sofrendo violência física, sexual, psicológica e econômica, em especial nas relações com seus parceiros.

Essa questão, portanto, ainda está longe de ser equacionada e resolvida. Há muito o quê ser implementado, principalmente no que concerne às propostas de ação nos serviços de saúde e na capacitação dos seus profissionais para que essa realidade comece a ser transformada. Para isso, é fundamental conhecermos a estrutura do sistema de saúde, as políticas públicas que o compõem e a forma como os profissionais de saúde nele atuam.

Capítulo 2

O Sistema Único de Saúde e a rede de apoio

2.1. O Sistema Único de Saúde

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a assistência à saúde no país tinha uma estreita vinculação com as atividades previdenciárias, e o caráter contributivo do sistema existente gerava uma divisão da população em dois grandes grupos: previdenciários e não-previdenciários (BRASIL, 2003; COHN, 2003).

Dessa forma, os cidadãos chamados de 1ª classe, representados pelos contribuintes da previdência tinham, mesmo com as falhas do sistema, um acesso mais amplo à assistência à saúde dispondo de uma rede de apoio e prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares providos pela previdência social por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Já os cidadãos de 2ª classe, representados pelo restante da população, os não-previdenciários, tinham um acesso bastante limitado à assistência à saúde, restrito às ações de poucos hospitais filantrópicos e entidades assistenciais (BRASIL, 2003).

Assim, o Ministério da Saúde (MS) e as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios desenvolviam, fundamentalmente, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. A atuação na prestação de assistência à saúde era bastante limitada, restringindo-se às ações desenvolvidas por alguns poucos hospitais próprios e pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) e dirigidas à população não-previdenciária, os chamados indigentes (COHN, 2003).

Na assistência à saúde, a grande atuação do poder público se dava pela Previdência Social – inicialmente pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e posteriormente pelo INAMPS. Porém, como já foi dito, não havia um caráter universal na atuação desta autarquia.

A desarticulação dos serviços e os prejuízos à saúde da população começaram a gerar na comunidade de profissionais de saúde, de sanitaristas e na própria sociedade um movimento voltado para uma reforma sanitária e de transformação nos paradigmas do sistema de saúde, processo que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a consagração de seus princípios e diretrizes na Constituição Federal de 1988 e em toda a legislação que regulamenta o sistema (BRASIL, 2003; COHN, 2003).

A partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080 de 1990), se iniciou o processo de

implantação do SUS, orientado pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) instituídas por meio de portarias ministeriais (NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/01) que definem as competências de cada esfera do governo e as condições necessárias para que os Estados e Municípios possam assumir as novas posições no processo de implantação do SUS (LEVCOVITZ et al., 2001).

A Constituição Federal de 1988 redefine o conceito de saúde, incorporando novas dimensões que entendem que, para se ter saúde, é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, entre outros. Em seu artigo 196, cita que:

> *A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação* (BRASIL, 2003, p. 24).

Com esse artigo fica definida a principal diretriz do SUS que é a universalidade se sua cobertura. Além disso, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes básicas: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, equidade e participação da comunidade.

Em 1993, baseado no modelo de medicina da família criado em Cuba, que objetivava oferecer serviços de saúde a pequenos grupos familiares com ênfase na prevenção, e nos bons resultados obtidos com o Programa de Médico da Família desenvolvido em Niterói em 1992, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF) para a consolidação dos princípios do SUS (SEABRA, 2006).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que surgiu de uma experiência do poder público na década de 1980, no Ceará, foi fundamental para a criação do PSF. Esse projeto tinha o objetivo de diminuir as altas taxas de mortalidade infantil durante os períodos de estiagem, e para isso, mulheres foram treinadas para realizar ações básicas de saúde, como terapia de reidratação oral, vacinação e orientação para o estímulo ao aleitamento materno. Depois do período

da seca, o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), como eram chamadas essas mulheres, perdeu seu caráter emergencial e adquiriu características de extensão da cobertura e da interiorização das ações em saúde. Assim, em 1992, as Secretarias Estaduais de Saúde firmaram um convênio com a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e surgiu o PACS (SEABRA, 2006).

O PSF, hoje chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), visa à reorientação da Atenção Básica, auxiliando a operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS, em articulação com outros níveis de atenção devendo: ter caráter substitutivo em relação à rede de atenção básica tradicional; atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade em que atua, buscando o cuidado longitudinal através de uma postura pró-ativa; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência para desenvolver parcerias e ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006a; CAMARGO-BORGES & CARDOSO, 2005).

Assim, a ESF pode ser entendida como uma estratégia para a efetivação do SUS uma vez que é amplamente sintonizada com os princípios de universalidade e equidade da atenção, da integralidade de ações e, especialmente, voltada à permanente defesa da promoção de cidadania.

No percurso de construção do SUS, apesar de bons resultados, há necessidades urgentes de aperfeiçoamento do sistema uma vez que, questões como o acesso aos serviços e aos bens de saúde e a responsabilização pelo acompanhamento das necessidades de cada usuário precisam ser aprimoradas. Além disso, há uma grande desvalorização dos trabalhadores, precarização das relações de trabalho, baixo investimento no processo de educação permanente, pouca participação na gestão dos serviços e fragilidade nos vínculos com os usuários. Ainda nesse cenário, uma das questões que mais chama a atenção é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda pratica de saúde supõe.

Recentemente, o Ministério da Saúde começou a implantação da Política Nacional da Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS, que afirma:

> *Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão* (BRASIL, 2006b, p. 8).

Assim, a humanização é uma política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS buscando a valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as praticas de atenção e gestão, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, através do respeito às reivindicações de gênero, cor/etnia, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos; o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; apoio à construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; fortalecimento do controle social e compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente (BRASIL, 2006b).

Para que o HumanizaSUS se transforme em realidade, diversas tecnologias de humanização da atenção e da gestão estão sendo disseminadas e implantadas. Resumidamente, podemos citar:

1) Acolhimento com avaliação e qualificação de risco: modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando necessário, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2004b).

2) Equipe de referência e apoio matricial: arranjos organizacionais transversais, que buscam novos padrões de relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços, capazes de produzir outra cultura e capazes de lidar com a singularidade dos sujeitos, a equipe de referência contribui para tentar

resolver ou minimizar a falta de definição de responsabilidades, de vinculo terapêutico e de integralidade na atenção, oferecendo um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vinculo (BRASIL, 2004c).

3) Prontuário transdisciplinar: estimula e fortalece o trabalho em equipe e o diálogo entre os profissionais, favorecendo a troca de conhecimentos, inclusive com os pacientes e seus familiares, contribuindo para os vínculos e para o fortalecimento do sentido de grupo, que visa sustentar as construções que foram elaboradas coletivamente, além de estimular o empenho no trabalho (BRASIL, 2004d).

4) Projeto Terapêutico Singular: processo de elaboração do tratamento com atuação individual e coletiva, momentos estes em que a transdisciplinaridade se concretiza, quando os profissionais de diferentes áreas se juntam para compartilhar seus conhecimentos, seja no que têm em comum ou de diferente. Tal processo ajuda na compreensão e no sucesso do tratamento, uma vez que reforça e aprimora as opções de abordagem da seqüência saúde/doença/reabilitação (BRASIL, 2004d).

2.2. Os profissionais da saúde

A atenção à saúde no Brasil tem sua história atrelada á própria história política e social do país. Até a metade do século XX, com a economia brasileira predominantemente agro-exportadora, havia uma exigência por um sistema de saúde que cuidasse do saneamento dos espaços de circulação de mercadorias e da erradicação/controle de doenças, modelo de saúde chamado de sanitarismo campanhista (MENDES, 2002).

O processo de urbanização da população criou uma grande demanda de atendimentos para os serviços de saúde e com isso, sanear o espaço de circulação de mercadorias deixou de ser importante em detrimento da atuação sobre os corpos dos trabalhadores, que deveriam ter a sua capacidade produtiva restaurada sempre que necessário. Assim, houve uma substituição do modelo médico vigente para modelo um assistencial privatista. Tais mudanças exigiram que o sistema previdenciário brasileiro se consolidasse, garantindo assistência médica e farmacêutica aos trabalhadores (MENDES, 2002).

Assim, o modelo de atenção à saúde sofreu grandes transformações nesse período. A institucionalização das práticas de saúde, a perda do controle sobre os meios de trabalho, a crescente especialização e a incorporação de tecnologias duras

contribuíram para que houvesse um empobrecimento dos aspectos intersubjetivos da relação profissionais-usuários, e a orientação do trabalho em saúde para os procedimentos em detrimento de sua dimensão cuidadora (GOMES, 2010).

A formação dos profissionais de saúde, para responder a esse sistema, seguiu um modelo que defende raízes causais únicas, dissociado das preocupações sociais e formador de especialistas, acarretando em uma fragmentação de conteúdos e perda da noção de totalidades dos processos (CAPRA, 2006).

Tais características, que repetem o padrão da lógica capitalista e reforçam o paradigma cartesiano, estão presentes na prática da maioria dos profissionais de saúde, repercutindo na saúde da população e na construção dos serviços, que privilegiam a prática curativa, individual, assistencialista e especializada.

É claro que não podemos negar os benefícios que os avanços tecnológicos trouxeram para a humanidade. Porém, o modelo biomédico, que embasa suas práticas nas ciências naturais e, portanto, na racionalidade científica, quantifica e mensura para poder determinar relações sistemáticas entre as partes. Assim, o profissional acaba enxergando o ser humano de forma fragmentada, não lhe oferecendo um cuidado integral (GOMES, 2010).

A produção da assistência em saúde, segundo Schraiber (2005), é realizada pelo produto da interação entre os diversos ramos de intervenção existentes, e não apenas pela técnica pura das distintas áreas de atuação profissional ou pela simples somatória dessas áreas. As intervenções específicas de cada área são, portanto, constantemente modificadas pela interação entre os diferentes profissionais e também pelo contato que ocorre com a comunidade. Além disso, a autora afirma que a intervenção técnica é resultado, ela própria, de outra modalidade de interação: a do conhecimento técnico científico com aquele adquirido pela experiência prática, construída na vivência cotidiana.

Há, portanto, um caráter reflexivo no trabalho em saúde, que cria uma autonomia decisória na sua dimensão técnica, permitindo aos profissionais manterem ou acentuarem as desigualdades das e nas relações de gênero, podendo reproduzir ou modificar as suas iniqüidades (SCHRAIBER, 2005).

2.2.1. Médicos, Enfermeiros e a violência

Schraiber (1993) caracteriza como a base do trabalho médico a técnica e a ética, localizando a ética no aspecto relacional do trabalho e a técnica, como responsável pela externalidade da profissão.

Para Gomes (2010) o cuidado médico é uma forma particular de prática social e de trabalho em que o profissional, com sua própria ação impulsiona, regula, controla e transforma funções vitais do organismo humano.

Sob esta lógica, espera-se que, no trabalho do médico, a técnica esteja apoiada no conhecimento científico atualizado para que ele possa identificar e resolver problemas a partir da análise dos múltiplos fatores que determinam os processos de saúde-doença (SCHRAIBER, 1993).

Kiss & Schraiber (2011) afirmam haver um individualismo ontológico na prática médica que coloca a decisão profissional quase sempre como objeto de julgamento individual, o que os leva a não buscarem soluções em outras experiências, quer de outros profissionais de saúde quer de outros setores ou instituições assistenciais.

Nesse sentido, segundo Pinheiro (2006), é fundamental que a medicina possa ultrapassar seus limites propriamente clínicos, estendendo seu domínio de objetos para além dos corpos doentes, ampliando assim, suas funções essencialmente terapêuticas e de normalização dos indivíduos, para a função de prevenção e promoção à saúde.

Já a enfermagem, como parte do processo de trabalho em saúde, serve-se de um objeto comum a todos os profissionais de saúde que é um ser humano que precisa de cuidados. A sua atuação prática pode se dar tanto na perspectiva da promoção como da prevenção e/ou recuperação da saúde (TANAKA, 2008).

As equipes de enfermagem estão presentes em todos os serviços de saúde, em um número bastante expressivo e são compostas por diferentes categorias de trabalhadores com distintos níveis de formação – enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, o que faz com que a organização do trabalho ocorra de forma fragmentada.

Tanaka (2008) associa o que chama de ‘processo de trabalho cuidar’ aos auxiliares e técnicos de enfermagem, denominado de cuidado direto e o ‘processo trabalho administrar’ aos enfermeiros, denominado cuidado indireto. Há, na prática dos enfermeiros, portanto, as dimensões do cuidar/assistir, do administrar/gerenciar, além dos processos de educar e pesquisar, ainda não citados.

Assim, o trabalho do enfermeiro caracteriza-se pela dimensão prática das técnicas, que visa o cuidado com o corpo, e do saber administrativo, que visa a organização do espaço terapêutico, e se configura como um subprocesso do cuidar (GOMES et al., 1997).

Podemos dizer então, que há uma dupla dimensão intrínseca do processo de trabalho do enfermeiro. O trabalho assistencial, no qual toma como objeto de intervenção as necessidades de cuidado e objetiva a ação integral de enfermagem. E o gerencial, que visa a organização do trabalho e dos recursos humanos visando criar e implementar condições adequadas de cuidado dos usuários e de desempenho aos trabalhadores (GOMES et al*.,* 1997).

Em relação à violência contra a mulher, a literatura nos indica que, de uma forma geral, os profissionais de saúde tendem a considerar tal como pertinente às áreas de segurança e justiça, têm medo de se envolver com o assunto, se restringem a tratar das lesões físicas e não receberam educação sobre o assunto. Além disso, frente às situações clinicas relacionadas à violência, a conduta dos profissionais de saúde é caracterizada pelo não-acolhimento das necessidades e encaminhamentos aos especialistas, o que nem sempre resulta em resposta adequada às demandas das mulheres (VIEIRA et. al, 2009).

Segundo Saliba et al. (2007), os profissionais de saúde tendem a subestimar a importância do fenômeno da violência contra a mulher, voltando sua atenção às lesões físicas, raramente se empenhando em prevenir ou diagnosticar a origem do problema, o que pode estar relacionado tanto a falta de preparo profissional quanto à decisão de não se envolver.

Tal atitude acaba gerando uma pactuação com a invisibilidade que a violência sofre, principalmente nos serviços de saúde que, apesar do alto poder de detecção do problema, não têm se mostrado preparado de forma eficaz para tal ação.

2.3. Da invisibilidade à visibilidade possível – a rede de proteção

Apesar dos avanços nas últimas décadas, a realidade dos serviços, no que se refere à atenção as mulheres em situação de violência, ainda é bastante precária, uma vez que as necessidades dessas mulheres ultrapassam o que é oferecido nos serviços aos quais elas têm acesso. A violência, apesar de bastante comum, ainda é

um tabu e exige que ações integradas para a sua prevenção e combate mais efetivos sejam realizadas.

A violência contra a mulher sofre uma invisibilidade de origem social, em decorrência de idéias segundo as quais, por ser vivida entre parceiros íntimos, é um problema privado que só pode ser resolvido pelos envolvidos. Além disso, mostra-se uma vivência de difícil revelação, tanto no âmbito da pesquisa científica, quanto no terreno das práticas sociais de assistência (CARREIRA & PANDJIARJIAN, 2003; MARINHEIRO et al*.,* 2006, SCHRAIBER et al., 2003).

Outro ponto que favorece a invisibilidade da violência é a naturalização das representações de gênero que são tomadas como se fossem determinações biológicas, mas são construídas socialmente e definem relações sociais fundamentais. Isso, além de ocultar o problema, torna sua abordagem e intervenção extremamente difíceis para os profissionais de saúde (AQUINO, 2005; SCAVONE, 2005).

Schraiber et al. (2003) afirmam que há uma dualidade ("mulheres não contam, profissionais não perguntam") que deve ser entendida como reflexo do medo, culpa, vergonha, preconceito e descrédito, tanto dos profissionais quanto das usuárias. Essa postura interfere na comunicação e, conseqüentemente, no acolhimento e assistência. Sem contar que há também uma ausência de linguagem comum que dê conta de tornar a violência de gênero parte dos problemas concebidos pelos profissionais de saúde como pertencentes à sua alçada de intervenção.

É a partir desse atendimento básico que as mulheres em situação de violência terão ou não condição de enfrentar as conseqüências da violência sofrida e as etapas seguintes de tratamento e reabilitação. Além disso, os serviços de saúde possuem um alto potencial de detecção da violência praticada contra a mulher, o que aponta para a urgente necessidade de qualificação do sistema para um atendimento que dê conta da complexidade da problemática (BATISTA, 2005).

A falta de amparo seja pela equipe local, seja por uma rede mais ampla, tanto do ponto de vista profissional, como para sua segurança pessoal, leva os profissionais, muitas vezes, a agir de acordo com sua conduta moral pessoal. Isso faz com que os padrões tradicionais de gênero, como a clássica visão da mulher percebida exclusivamente como mãe, esposa, dona de casa, cuidadora da família e mediadora entre o domicílio e os serviços, interfira nas ações. Dessa forma, é criada uma educação em saúde marcada por intenções de controle, manutenção dos laços

conjugais e reforço do modelo tradicional de família, o que evidencia os problemas e desafios para lidar com as dimensões sócio-culturais das queixas (SCHRAIBER, 2005).

Outro problema é o intenso sentimento de impotência e medo ligado à questão da violência que, associado à inexistência de protocolos de atenção e de uma rede de referência, dificulta e, muitas vezes, impossibilita o atendimento dos casos, fazendo com que o silêncio impere e crie um ato de cumplicidade forçada, que amordaça tanto a comunidade quanto os integrantes das equipes de saúde (SCHRAIBER, 2005; SCOTT, 2005).

Tal situação cria uma ambigüidade entre a obrigação profissional de denúncia e a garantia tácita da manutenção das leis de convivência, reforçando as interpretações de gênero que ressaltam as desigualdades (SCOTT, 2005).

A notificação profissional é fundamental para o dimensionamento epidemiológico do problema da violência, permitindo o desenvolvimento de ações e programas específicos. Há legislações profissionais e normas específicas que exigem a notificação compulsória nos casos de agressão (Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto do Idoso, Lei sobre Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher), fazendo com que os profissionais de saúde tenham o dever de notificar os casos de violência que tiverem conhecimento, podendo responder pela omissão (SALIBA et al., 2007).

O enfrentamento da violência contra as mulheres depende da criação de uma rede de apoio que, além dos aspectos judiciais, integre outros serviços sociais, como os de saúde. Estes são um dos serviços mais procurados pelas mulheres vítimas de violência, em decorrência dos efeitos crônicos das agressões, configurando-se como uma das mais importantes portas de entrada para o atendimento das mulheres nessa situação (BATISTA, 2005; MARINHEIRO et al., 2006; SALIBA et al., 2007).

Uma rede se configura quando há uma atuação articulada entre diversas instituições, organizações e grupos voltados para a erradicação de um mesmo problema. A rede de relacionamentos de cada indivíduo, formada por parentes, amigos, conhecidos e vizinhos, é chamada de rede primária e é fundamental no enfrentamento da violência de gênero, exercendo importante papel na prevenção e na denúncia de situações de violência de gênero, além de propor apoio emocional, material e social para o rompimento do ciclo da violência (BATISTA, 2005).

As chamadas redes secundárias acontecem entre indivíduos e instituições governamentais e não-governamentais, grupos e associações comunitárias, organizações de mulheres, entre outros que atuam em um determinado local, município ou estado. Entre as redes primárias e secundárias existem pessoas e grupos que contribuem para estabelecer uma ponte entre uma e outra, chamadas de redes intermediárias, responsáveis por divulgar as informações, prestar orientação e contribuir na prevenção de problemas, levando a população a exercer seus direitos (CARREIRA & PANDJIARJIAN, 2003).

A incorporação dos atendimentos a mulheres vítimas de violência pelos serviços de saúde se insere na perspectiva da busca de integralidade, um dos princípios norteadores do SUS. Além disso, a expansão dos atendimentos de saúde da mulher para além dos cuidados materno-infantis, iniciada a partir da década de 1990, abre espaço para a discussão da violência de gênero que, apesar de tão presente, ainda é um assunto pouco abordado (OLIVEIRA & FONSECA, 2007).

Há uma associação entre a questão de gênero e qualquer política pública, principalmente àquelas que se pronunciam como direcionadas à família, como a ESF. A questão de gênero está inserida em um sistema mais amplo de atenção à saúde da mulher e a efetividade desse conjunto de ações está diretamente relacionada à eficiência do sistema inteiro. Porém, essa problematização formal é inexistente, não havendo nenhuma menção explicita à eqüidade ou às relações de poder entre homens e mulheres (SCOTT, 2005; VILLELA & MONTEIRO, 2005).

Para atender às demandas da saúde da mulher com eqüidade, qualidade e capacidade de prevenção, não apenas do ponto de vista sanitário, como também social e cultural, as ações de saúde deveriam estar intrinsecamente comprometidas com um projeto de emancipação e redução das desigualdades sociais e de gênero, ao mesmo tempo em que cumprem suas metas sanitárias (VILLELA & MONTEIRO, 2005).

Há um componente cultural na violência que dificilmente será superado apenas por meio de campanhas, programas e legislação específica. Por esse motivo, o combate à violência exige a integração de inúmeros fatores políticos, legais e culturais, para que seja desnaturalizada pela sociedade.

Capítulo 3

Objetivos

3.1. Geral

Este estudo teve como objetivo analisar comparativamente as percepções dos profissionais médicos e enfermeiros que atuam na rede pública do município de Ribeirão Preto, SP, acerca da violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo.

3.2. Específicos

- Compreender como tais profissionais atuam no contexto do cuidado à mulher em situação de violência;
- Compreender o uso que fazem do conhecimento que possuem sobre violência de gênero.
- Identificar as dificuldades que encontram para lidar com a questão da violência de gênero.
- Investigar as necessidades de capacitação profissional que apresentam.

Capítulo 4

Material e método

Este estudo é parte de um projeto de pesquisa mais amplo 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”, desenvolvido pelo grupo de estudo Saúde e Gênero, coordenado pela Profª. Dra. Elisabeth Meloni Vieira, do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), em parceria com o Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) e o Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP), com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (VIEIRA, 2005).

Tal pesquisa teve por objetivo estudar a prevalência de casos de violência contra a mulher entre usuárias de serviços de saúde do setor público de Ribeirão Preto e conhecer as características e percepções das usuárias desses serviços em relação aos atendimentos recebidos pelos profissionais de saúde.

4.1. Tipo de estudo

O presente estudo teve como objetivo analisar comparativamente as percepções dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros que atuam na rede pública de Ribeirão Preto, SP, acerca da violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo.

Para isso, optou-se pela pesquisa qualitativa por ser esta uma modalidade que trabalha com o universo de significados, valores, desejos e crenças dos sujeitos, mostrando-se assim, a mais adequada para alcançar os objetivos pretendidos (MINAYO, 2001).

Maykut e Morehouse (1994) afirmam que o método qualitativo busca capturar as atitudes e falas dos sujeitos compreendendo que eles descrevem sua interpretação sobre o mundo. Da mesma forma, Chizzotti (2005) afirma que, através de tal método é possível interpretar o sentido dos eventos a partir dos significados que os próprios sujeitos atribuem ao que falam e fazem.

> *(...) Procura-se compreender a experiência que eles têm (sujeitos), as representações que formam e os conceitos que elaboram. Esses conceitos manifestos, as experiências relatadas ocupam o centro*

> *de referencia das análises e interpretações na pesquisa qualitativa.* (CHIZZOTTI, 2005, p. 84).

O autor ainda afirma que a metodologia qualitativa empenha-se em mostrar a complexidade e as contradições de fenômenos singulares, a imprevisibilidade e a originalidade criadora das relações interpessoais e sociais, evidenciando significados ignorados da vida social, mostrando-se assim, ainda mais adequada para os objetivos da presente pesquisa (CHIZZOTTI, 2005).

Dessa forma, a pesquisa qualitativa:

> *(...) se subtrai à verificação das regularidades para se dedicar à analise dos significados que os indivíduos dão para suas ações, no meio ecológico em que constroem suas vidas e suas relações, à compreensão do sentido dos atos e das decisões dos atores sociais ou, então, dos vínculos indissociáveis das ações particulares com o contexto social em que estas se dão.* (CHIZZOTTI, 2005, p. 78).

Assim, o pesquisador é um ativo descobridor do significado das relações que se ocultam nas estruturas sociais e por isso, deve ser considerado parte fundamental da pesquisa. Para que possa realizar uma pesquisa de cunho qualitativo, o autor afirma que o pesquisador deve se despojar de pressupostos e assumir uma atitude aberta a todas as manifestações sem adiantar explicações ou conduzir-se por aparências imediatas uma vez que tal compreensão será construída na medida em que o significado das percepções e experiências dos sujeitos estudados for sendo desvelado (CHIZZOTTI, 2005).

4.2. Aspectos éticos

Os dados analisados foram provenientes de banco de dados de duas pesquisas realizadas anteriormente e, dessa forma, todo o processo ético e metodológico descrito inclui a fase de coleta de tais dados, para que possamos contextualizar o material utilizado.

Foram realizadas entrevistas com profissionais que concordaram em participar do estudo mediante a assinatura do termo de consentimento livre e

esclarecido, de acordo com a resolução nº. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Nos termos de consentimento livre e esclarecido constavam os objetivos de ambas pesquisas, explicações sobre a forma de participação do possível entrevistado, o tipo de entrevista e o assunto a ser abordado, esclarecimentos quanto à forma como a entrevista seria conduzida (individualmente, em local seguro e escolhido pelo entrevistado a fim de preservar sua identidade e integridade) e sobre a disponibilização do material para que o pudessem alterar ou omitir qualquer dado citado.

Foi assegurado aos participantes que todos os dados utilizados na pesquisa são sigilosos e de responsabilidade dos pesquisadores, que asseguram o anonimato e privacidade de todos os entrevistados.

Ambos os projetos de pesquisa foram, inicialmente aprovados pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob processo HCRP nº. 1285/2007 em reunião ordinária realizada em 23/04/2007 (Anexo A).

4.3. Instrumento

Turato (2003) define a entrevista como um instrumento precioso na medida em que facilita a apreensão de uma série de fenômenos e elementos de identificação e construção do todo da pessoa do entrevistado e, também do entrevistador.

Gonzalez Rey (2002) a descreve como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações pertinentes ao universo estudado por parte do outro, o entrevistado.

A entrevista qualitativa é uma conversa direcionada através da qual o entrevistador pode obter impressões, sentimentos e experiências do entrevistado, possibilitando a apropriação da realidade dos participantes (SILVERMAN,1997).

Assim, ao utilizar a entrevista qualitativa, pretende-se evitar ao máximo atribuir pressupostos e suposições do pesquisador acerca do que o entrevistado falará. Para isso, é fundamental manter-se flexível aos conceitos e variáveis que

poderão surgir no contexto da entrevista, que podem ser muito diversos dos formulados inicialmente (BRITTEN, 2005).

O autor descreve que as entrevistas podem ser de três diferentes tipos: estruturada, na qual o questionário é fechado; semi-estruturada, que possui uma estrutura menos rígida de questões abertas sobre o assunto a ser investigado, podendo divergir para outros aspectos inicialmente não abordados buscando maiores detalhes; e a entrevista em profundidade, caracterizada por ser menos estruturada que a anterior e cobrir apenas um ou dois aspectos com maior profundidade (BRITTEN, 2005).

Para a realização das pesquisas que deram origem aos dados aqui analisados, optou-se pela entrevista semi-estruturada, que tem por característica um roteiro pré-concebido com questões de interesse para a pesquisa e, paralelamente, um espaço para interrogações que criam novas hipóteses surgidas no decorrer da entrevista, a partir de dados trazidos pelo próprio entrevistado.

Dessa forma, ela permite que haja uma compreensão mais aprofundada da questão a ser estudada, identificar fenômenos inesperados e entender os processos pelos quais ações ocorrem uma vez que o dialogo entre participante e pesquisador é mais flexível (MAYKUT & MOREHOUSE, 1994).

Todas as entrevistas, com médicos e enfermeiros, foram realizadas utilizando o mesmo roteiro semi-estruturado (Anexo B), desenvolvido pelo grupo de estudo Saúde e Gênero a partir de achados da literatura referentes às dificuldades dos profissionais em lidar com a problemática estudada.

Os roteiros contemplam, além de 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 os conhecimentos para possíveis encaminhamentos.

As entrevistas foram audiogravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra e literalmente.

4.3.1. Pré-teste

Após a conclusão da primeira versão dos roteiros das entrevistas, considerou-se necessária a realização de um pré-teste que, segundo Lutz (1981) visa verificar

se todas as questões estão integralmente compreensíveis, se o vocabulário utilizado e a formulação das questões estão claros, o ordenamento das questões, se há rupturas bruscas de assuntos e mesmo, se alguma questão têm influência sobre a resposta das próximas, se há questões desnecessárias que tornam o questionário demasiadamente longo, se há objeções ou constrangimentos com alguma das questões e a percepção dos entrevistados acerca do roteiro.

Além disso, o pré-teste permite avaliar a forma mais adequada de escolher e contatar os entrevistados, verificar se as condições para a realização das entrevistas estão adequadas para não haver comprometimento na coleta de dados, avaliar dificuldades práticas e realizar uma primeira análise dos dados obtidos visando descrever as possíveis categorias de análise.

Para adequação do roteiro, foram realizados, por integrantes do grupo de pesquisa, pré-testes com profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto que se enquadrassem nos critérios de inclusão adotados na pesquisa. Após a realização dos pré-testes, concluiu-se que o roteiro da entrevista satisfazia aos objetivos das pesquisas.

4.4. O contexto da pesquisa

Ambos os estudos de coleta dos dados foram realizados em Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) do Município de Ribeirão Preto, SP, unidades que fazem parte da Rede Municipal de Saúde (SMS) de Ribeirão Preto.

No ano em que a coleta dos dados de ambas as pesquisa foi realizada (2008), a rede estava estruturada conforme organograma abaixo, disponibilizado pela SMS.

A rede de saúde no ano citado estava dividida em cinco distritos de saúde (norte, sul, leste, oeste e central), serviços de saúde mental e ambulatórios de especialidades. Em cada um dos distritos, existe uma UBDS que, dentro da rede de serviços, corresponde ao serviço de nível secundário de assistência à saúde, uma vez que serve de referência para um grupo de Unidades Básicas de Saúde (UBS), oferecendo atendimentos de urgência e emergência, além de atendimento em especialidades.

Ambos os estudos foram desenvolvidos nas cinco UBDS de Ribeirão Preto: UDBS 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).

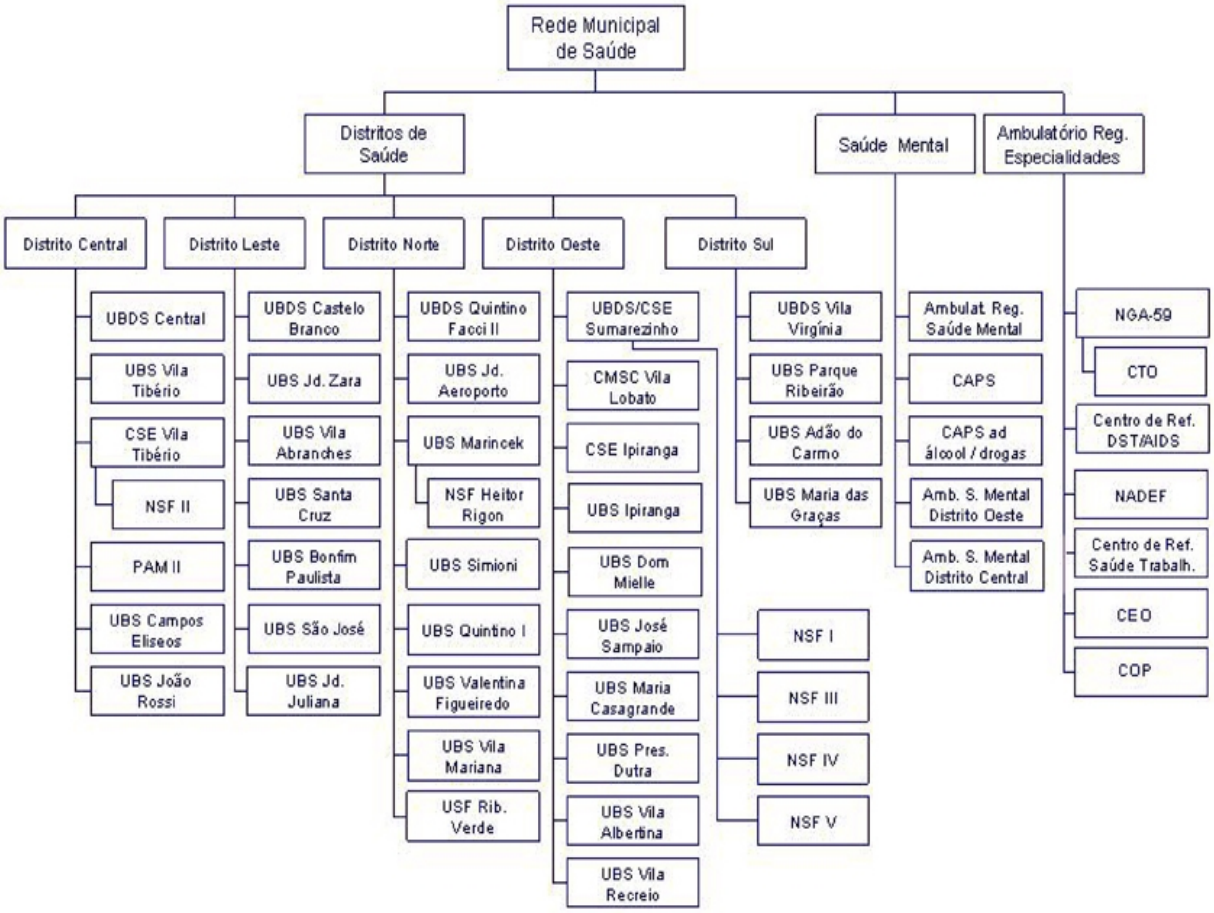

Figura 1. Organograma da rede de saúde do Município de Ribeirão Preto, SP em 2008.

4.5. Participantes

4.5.1. Médicos

Os médicos participantes da pesquisa foram clínicos gerais ou ginecologistas-obstetras, por serem especialidades que apresentam maior contato com mulheres em situação de violência uma vez que, essas usuárias, muitas vezes, chegam às UBDS com queixas de dores crônicas, distúrbios psicossomáticos, lesões físicas e

problemas relacionados à saúde reprodutiva, entre outros, devido às agressões físicas.

Os critérios de inclusão dos participantes médicos foram os seguintes:

1. Trabalhar em UBDS de Ribeirão Preto;
2. Atender mulheres;
3. Ser clínico-geral ou ginecologista-obstetra;
4. Estar de acordo em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Por ser uma pesquisa qualitativa, o critério priorizado para definição da amostra não foi aleatório uma vez que a preocupação foi com o aprofundamento e com a compreensão dos aspectos subjetivos da questão a ser estudada. As entrevistas foram realizadas com quatorze médicos ginecologistas e clínicos, que atuam em unidades distritais da rede pública e que concordaram em participar mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

No presente estudo, foram utilizadas treze das quatorze entrevistas realizadas originalmente, pois uma das entrevistas não foi disponibilizada. Abaixo, segue tabela com o perfil dos participantes do presente estudo.

MÉDICOS						
	SEXO	IDADE	ESPECIALIDADE	TEMPO DE FORMADO	TEMPO DE TRABALHO NA REDE	ESTADO MARITAL
M1	M	55	Ginecologia e Obstetrícia	29 anos	18 anos	Casado há 29 anos
M2	F	37	Ginecologia e Obstetrícia	13 anos	6 anos	Casada há 15 anos
M3	M	52	Ginecologia e Obstetrícia	20 anos	10 anos	Casado há 16 anos
M4	F	36	Cardiologia	12 anos	6 anos	Casado há 9 anos
M5	F	29	Ginecologia e Obstetrícia, reprodução humana e mestrado em curso	04 anos	2 anos e 6 meses	Casada há 5 anos
M6	M	52	Clínica médica	27 anos	5 anos	Casado há 8 anos
M7	M	55	Clínica médica e mestrado	36 anos	14 anos	Casado há 10 anos (2° casamento)
M8	M	47	Endoscopia e cirurgia digestiva	20 anos	17 anos	Casado há 17 anos

M9	F	30	Ginecologia e Obstetrícia e reprodução humana	7 anos	1 ano	Solteira
M10	M	41	Ginecologia e Obstetrícia e saúde da família	12 anos	5 anos	Casado há 14 anos
M11	F	48	Ginecologia e Obstetrícia	25 anos	25 anos	Amasiada há 5 anos
M12	M	57	Medicina nuclear e endocrinologia	34 anos	18 anos	Casado há 30 anos
M14	M	46	Ginecologia e Obstetrícia	20 anos	3 anos	Casado há 19 anos

Tabela 1. Perfil dos médicos entrevistados

4.5.2. Enfermeiros

Fizeram parte da pesquisa dez enfermeiros que atuam em UBDS de Ribeirão Preto em diferentes turnos de trabalho, em diferentes áreas de atendimento e que concordaram em participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram excluídos sujeitos que haviam participado de outra etapa do estudo que buscou identificar aspectos acerca do conhecimento e manejo de casos, realizada concomitantemente às entrevistas, entendendo-se que tal participação prévia poderia interferir em seus discursos.

No presente estudo, foram utilizadas dez das onze entrevistas realizadas originalmente, pois uma das entrevistas não foi disponibilizada. Abaixo, segue tabela com o perfil dos participantes do presente estudo.

ENFERMEIROS						
	SEXO	**IDADE**	**ESPECIALIDADE**	**TEMPO DE GRADUAÇÃO**	**TEMPO DE TRABALHO NA REDE**	**ESTADO MARITAL**
E1	M	53	Psiquiatria	24 anos	22 anos	Casado há 18 anos
E2	F	30	Enfermagem do trabalho e licenciatura	9 anos	3 anos	Casada há 6 anos
E3	F	45	Nenhuma	23 anos	1 ano	Casada há 20 anos
E4	F	32	Saúde pública, saúde da família e trabalho	10 anos	9 anos	Separada há 1 ano
E5	F	30	Saúde da família	6 anos	3 anos	Casada há 5 anos
E6	F	33	Saúde pública	11 anos	1 ano e 2 meses	Casada há 8 anos
E7	F	31	Nenhuma	8 anos	5 anos	Casada há 12 anos
E8	F	48	Licenciatura	25 anos	10 anos	Casada há 25 anos
E10	F	45	Urgência e emergência, licenciatura e educação em saúde	22 anos	14 anos	Casada há 3 anos
E 11	F	61	Infecção hospitalar	36 anos	12 anos	Viúva há 20 anos

Tabela 2 – Perfil dos enfermeiros entrevistados.

4.6. Coleta de dados

Como já foi dito, os dados analisados no presente trabalho são provenientes de um banco de dados de duas pesquisas realizadas anteriormente.

A pesquisa intitulada “Violência contra a mulher: a percepção dos médicos das Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo”, desenvolvida no Departamento de Medicina Social da FMRP-USP, pretendeu estudar a percepção dos médicos sobre a violência praticada contra mulheres por parceiros íntimos, além de verificar o entendimento de tais profissionais acerca das relações de gênero e da violência contra a mulher, descrever a atuação de tais profissionais diante das mulheres em situação de violência e as dificuldades encontradas ao atenderem tais usuárias.

A pesquisa “A percepção de enfermeiras da rede básica de saúde acerca da violência contra a mulher”, desenvolvida na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), teve como objetivo compreender como os enfermeiros que atuam em UBDS´s de Ribeirão Preto, SP, percebem a violência perpetrada por parceiro íntimo, identificar as necessidades e dificuldades relacionadas à atuação profissional com mulheres em situação de violência e as condições atribuídas à ocorrência de violência e aos cuidados prestados às usuárias.

A coleta dos dados de ambas as pesquisas realizou-se nas próprias unidades de atuação dos profissionais, que eram abordados, apresentados aos projetos e, se houvesse consentimento, entrevistados no momento mais oportuno para cada um, em local escolhido pelo mesmo.

Para cessar a fase de coleta de informações utilizou-se o recurso de saturação em ambas as pesquisas, que considera a repetição dos dados coletados como um momento ideal de interrupção da coleta (KRUEGER, 1994).

A saturação ocorre quando as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentam ao material já obtido, ou seja, quando as informações tornam-se redundantes ou repetitivas demais, não contribuindo para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados coletados (FONTANELLA, 2008).

Para a presente pesquisa, os dados foram disponibilizados via eletrônica e, após leitura inicial de todas as entrevistas, iniciou-se o processo de categorização do conteúdo de cada uma delas.

Inicialmente, o desconhecimento do contexto em que as entrevistas foram realizadas e da metodologia utilizada trouxe bastante dificuldade para a criação das categorias de análise, que foram refeitas após maior apropriação do material.

Após essa primeira fase de apropriação e um maior contato com o material, porém, as características dos participantes e suas realidades, trazidas através de suas falas foram criando forma e tornando todo o processo de análise mais palpável e concreto.

Como já foi discutido anteriormente, o pesquisador não é um mero relator passivo – a sua própria visão dos acontecimentos e concepções fazem parte do saber construído. Cria-se assim, uma relação dinâmica entre o pesquisado e o pesquisador que não será desfeita em nenhuma etapa da pesquisa, uma vez que esta é indispensável para se apreender os significados que são construídos pelos sujeitos (CHIZZOTTI, 2005).

Nesse sentido, trabalhar com dados colhidos por outros pesquisadores trouxe alguns questionamentos - durante a leitura das entrevistas, foi impossível não imaginá-las, em diversos momentos, sendo conduzidas de diferentes formas, realizando diferentes perguntas, o que, possivelmente, traria diferentes dados uma vez que o que foi obtido foi fruto da relação estabelecida naquele momento por aquelas duas pessoas.

Nesse sentido, REY (2002) enfatiza a importância do pesquisador como sujeito e a importância de suas idéias para a produção do conhecimento, o que não limita a compreensão do caráter também ativo do próprio objeto do conhecimento, além da consciência do próprio pesquisador. Assim, o conhecimento se dá a partir do processo relacional entre pesquisados e pesquisador.

Os dados aqui analisados foram coletados por uma enfermeira e por uma psicóloga, que fizeram uma leitura do que viram e ouviram em suas pesquisas. Ao serem analisados por uma terceira pessoa, uma psicóloga, que atua em saúde pública, na atenção primária, mesmo com um embasamento teórico semelhante e os mesmos dados, novos saberes puderam ser construídos – e poderiam ser reconstruídos infinitamente.

4.7. Análise dos dados

Os dados das entrevistas foram sistematizados, após leitura inicial, em categorias previamente criadas por meio de Análise de Conteúdo Temática que, segundo Minayo (1999) consiste em encontrar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença signifique algo para o objetivo analítico visado.

Para Chizzotti (2005), a análise de conteúdo é um método de tratamento e análise de informações que objetiva compreender de forma critica o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente e as suas significações, explicitas ou ocultas. Esse método permite após decodificação, ainda segundo o autor, passar de elementos descritivos à interpretação, investigando a compreensão dos atores sociais no contexto cultural em que produzem seus saberes e fazeres.

Após uma fase pré-analítica do material, na qual foi feita a identificação de categorias teóricas relacionadas aos objetivos específicos do estudo, foi realizada a interpretação do conteúdo das entrevistas a partir do referencial de gênero.

As categorias e subcategorias criadas foram:

1 – Percepções sobre gênero

1.1 – Trabalho e papéis sociais;

1.2 - Sexualidade;

2 – Percepções sobre a violência contra a mulher

2.1. Tipos de violência e sua gravidade;

2.2. Possíveis causas da violência;

2.3. A violência visível: como chega à saúde e suas conseqüências;

2.4. Invisibilidade da violência;

3 - Sobre a atuação profissional

3.1. Identificação e atuação nos casos de violência: interferir ou não?

3.2. Dificuldade e sentimentos em relação à violência;

4 – Sobre a rede de apoio

4.1. Os profissionais e seus locais de trabalho;

4.2. Os serviços especializados;

4.3. A legislação existente.

Tomou-se o cuidado de caracterizar os participantes uma vez que, suas impressões e ações acerca do tema abordado só se apresentaram de tal forma em decorrência de quem são e de suas histórias de vida.

Capítulo 5

Resultados e discussão

As entrevistas analisadas são de uma riqueza imensurável e diversas leituras poderiam ser realizadas a partir das falas ali descritas. Nesse trabalho, demos prioridade às questões vinculadas aos objetivos de, inicialmente, conhecer as percepções de médicos e enfermeiros acerca da violência contra a mulher para, posteriormente, podermos fazer uma análise comparativa de tais percepções.

A seguir, apresentamos, sempre em seqüência, as percepções de médicos, enfermeiros e a comparação entre ambas para cada uma das categorias e subcategorias criadas, sendo estas, respectivamente "Percepções sobre gênero", "Percepções sobre a violência", "Sobre a atuação profissional" e "Sobre a rede de apoio".

5.1. Percepções sobre gênero

A categoria "Percepções sobre gênero" se refere a como os profissionais entrevistados percebem a mulher na atualidade, e dois aspectos fundamentais foram priorizados para a análise das entrevistas: primeiro, como os profissionais percebem a entrada das mulheres no mercado de trabalho, as mudanças nos papéis sociais desempenhados por elas e as suas conseqüências e, em segundo lugar, os aspectos relacionados à sexualidade, considerando as percepções acerca das liberdades sexuais e reprodutivas conquistadas pelas mulheres e as mudanças de comportamento subsequentes a isso.

5.1.1. Trabalho e papéis sociais

Médicos: "A gente ainda não se libertou daquele modelo machista"

Em relação aos papéis sociais desempenhados pelas mulheres e sua relação com o mercado de trabalho, muitos médicos reconhecem a entrada da mulher no universo profissional como uma mudança recente, como vemos na fala abaixo:

> *Eu tenho 52 anos, quando eu era criança eu me lembro que a minha mãe, ela... As mulheres da nossa convivência eram donas-de-casa, a mulher naquela época da década de 50, 60... Então, mudou... Antes a mulher era dona-de-casa, cuidava dos filhos. Hoje não, a mulher*

> *exerce atividades de trabalho... Eu acho que mudou bastante* (médico 06, homem, 52 anos).

Tais mudanças são consequências de fatores históricos como a revolução industrial e as grandes guerras, de avanços tecnológicos da medicina como os anticoncepcionais e também de lutas sociais. São conquistas, como o direito ao voto e a licença maternidade, decorrentes principalmente, das lutas feministas pela mudança do perfil de gênero tradicional.

A mulher conquistou um espaço além do âmbito privado e, segundo algumas entrevistas, tem seu lugar garantido, com uma inserção crescente no mercado de trabalho, deixando de ocupar apenas o espaço privado de dona-de-casa:

> *(...) ela é igual o homem, né? Tem trabalho, estudo, oportunidade de crescer, não é? Tanto economicamente quanto intelectualmente* (médico 07, homem, 55 anos).

Apesar de tais conquistas no âmbito público, seu papel no universo privado permanece o mesmo, o que, de acordo com os médicos abaixo citados, acarretou uma sobrecarga:

> *Além das mesmas funções e deveres que tinham, eu acho que acrescentou o fato de tá tendo que procurar trabalho, que a mulher agora faz parte do... A renda econômica da mulher é importante, né? Na vida atual. Então, além dos trabalhos e afazeres domésticos, cuidados com os filhos, também tem a parte econômica, além de trabalhar em casa. Acho que tá uma sobrecarga* (médico 02, mulher, 37 anos).

> *Sobrecarregada, porque acaba tendo dupla, tripla jornada. Porque ela não é só a mulher, antigamente a mulher era só a mulher dentro de casa, né... A mãe e a esposa. Hoje ela é uma profissional, que tem que se atualizar, tem que mostrar que vale a pena ter ela como profissional. O homem também tem que fazer isso. Mas ela chega em casa, ela vai administrar a casa, mesmo que ela tenha uma empregada que ajuda, ela vai ver se tem produto de limpeza, se tem*

> *tudo na geladeira, se não tá faltando alguma coisa, o homem geralmente não faz isso* (médica 04, mulher, 36 anos).

Segundo muitos médicos entrevistados, o suporte familiar ainda é uma função prioritariamente feminina, tanto no que se refere aos cuidados com a casa e os filhos quanto em relação ao casamento. Tais argumentos são embasados em uma visão tradicional de gênero, segundo a qual esse é o papel das mulheres, já que elas são mais adaptáveis, tranqüilas e diplomáticas, características trazidas como sendo inatas. Porém, como afirma Scott (1989), as identidades subjetivas de homens e mulheres possuem origens exclusivamente sociais.

Portanto, valores e prerrogativas culturais que ainda definem o papel masculino tradicional como poder, dominação, força, violência e superioridade, e os que definem as mulheres, como submissão, fraqueza, inferioridade, emoção, fragilidade, resignação e insegurança, aparecem apresentados como inerentes e tomados como sendo naturais e não construídos socialmente.

Assim, mesmo em situações em que participa da renda familiar ou mesmo em que é o suporte financeiro da casa, as mulheres permanecem subordinadas aos homens, situação que, segundo Bourdieu (1995), é legitimada pela própria sociedade patriarcal e fundamentada na superioridade e poder masculinos. Isso, segundo o autor, gera uma somatização das relações de dominação, que inscrevem no corpo das mulheres as marcas da submissão, que acaba por se naturalizar com o passar do tempo.

Nesse sentido, Nogueira (2001) afirma que apesar das mudanças que vêm ocorrendo ainda há uma grande distância entre a igualdade legal e política e a prática diária, pois, apesar da autonomia sobre sua reprodução, do acesso à formação profissional e das liberdades civis, a mulher ainda é prioritariamente a responsável pelos cuidados domésticos e familiares.

O artigo 226 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2005a) prevê a igualdade de direitos e deveres aos homens e às mulheres na sociedade conjugal (§ 5º), porém, como trouxe uma das médicas entrevistadas, nos contextos profissionais, há questões legais como o abono de faltas para levar filhos ao médico, que atendem apenas às mulheres, favorecendo que elas sejam mais participativas nas tarefas domésticas e com os filhos do que os homens.

A sobrecarga gera conseqüências claras sobre a qualidade de vida das mulheres uma vez que a dupla jornada de trabalho, doméstico e extradoméstico, favorece o aparecimento de quadros depressivos, angústia, dependência de psicofarmacos e quadros de estresse (VIVAS, 2005). Nesse sentido temos o seguinte relato:

> *Eu tenho muitas pacientes com depressão... que a primeira queixa é essa sobrecarga. Que não agüenta mais. E aí, um pouquinho que você puxa delas... Aí você vê que desaba aquela, aquela... tristeza de, de não ter com quem conversar, não tem como dividir, né? O marido tá lá sentado pede mais uma cerveja, com o pezão sujo em cima do sofá, e ela limpando tudo, né, costurando, querendo economizar... pra sobrar um dinheirinho pra comprar um batom* (médica 04, mulher, 36 anos).

Apesar dos arranjos familiares tradicionais estarem se modificando, tal modelo ainda é utilizado como referência para a argumentação de um médico, segundo o qual, a ausência da mulher em casa traz prejuízos e uma desestrutura familiar e social:

> *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. É… é claro que isso foi por uma necessidade… por necessidade de dinheiro… as crianças, os filhos passaram que ser educados por estruturas externas à família, principalmente a televisão, a escola que não dá conta nem do seu recado de informar quanto mais de formar, e as pessoas com quem as crianças vivem* (médico 12, homem, 57).

Poucos profissionais afirmaram, como escreve Scott (2005) que é preciso reavaliar a noção idealizada de família burguesa, pequena, organizada, solidária e refúgio da esfera pública e, conseqüentemente, o papel social dos homens que podem e devem passar a exercer funções antes estritamente femininas.

Enfermeiros: "*Ela quer ficar com o casamento, com os filhos e ainda quer também uma carreira, é complicado"*

Grande parte dos enfermeiros entrevistados afirma que houve muitas mudanças com a saída da mulher do espaço privado e que a maior delas foi a sobrecarga feminina decorrente do acúmulo de funções uma vez que o trabalho externo passou a ser exercido juntamente com as funções domésticas já existentes anteriormente:

> *As mulheres saíram da situação de ser só donas de casa que cuidavam dos filhos, entraram no mercado de trabalho, mas junto com as atividades domésticas. Então elas têm estudado mais, têm tido cargos mais altos dentro das empresas, dentro dos diversos ramos da sociedade, mas ainda tem esse papel de mãe, esposa, dona de casa que são delas* (enfermeira 02, mulher, 30 anos).

Para tais enfermeiros, em sua maioria mulheres (apenas um entrevistado era homem), tal sobrecarga é uma vivência relacionada ao fato de o companheiro não ajudar com as tarefas domésticas, inclusive porque, muitas vezes, homens e mulheres ainda acreditam que o papel masculino é apenas o de provedor e o de dona-de-casa, exclusivamente feminino, como a enfermeira abaixo:

> *Homem acha que só tem que trabalhar e colocar dinheiro em casa e a mulher trabalha, coloca dinheiro em casa e ainda faz isso e aquilo e aquilo outro, inclusive trabalho* (enfermeira 07, mulher, 31 anos).

Essa situação pode ser considerada, segundo Rocha-Coutinho (2004), decorrente de estereótipos tradicionais de gênero que, apesar de terem sofrido mudanças, parecem ainda reforçar a idéia de que mulheres e homens têm

características diferentes e que, portanto, foram “feitos” para trabalhos diferentes, como afirma o único enfermeiro homem entrevistado:

> *Eu acho que tem coisas de homens que são de homens e coisas de mulheres são de mulheres* (enfermeiro 01, homem, 53 anos).

A minoria dos casais faz a partilha das tarefas domésticas, já que são poucos os casos em que os homens dividem todas as responsabilidades com a casa e as crianças. A atuação dos maridos no âmbito privado é percebida ainda como uma “ajuda”, expressando uma isenção de responsabilidades (ROCHA-COUTINHO, 2004; WAGNER et al., 2005). O discurso da enfermeira abaixo demonstra um entendimento de que a mulher é o eixo central do âmbito privado e afirma que a sua saída para o mercado de trabalho traz prejuízos familiares e sociais:

> *Muitas mulheres voltaram muito pro trabalho. A gente encontra mulheres hoje que estão no trabalho, se deram bem no trabalho e são felizes assim. Mas a gente ainda tem um misto daquela mulher que quer os dois: quer o trabalho e a família, então quer ficar com o casamento, com os filhos e ainda quer também uma carreira. É complicado, porque ai, a gente acaba tendo que lidar com as duas situações. Acaba tendo que ter 2, 3, 4 jornadas de trabalho então assim eu acho que ela ainda está naquele meio termo, ela ainda não sabe exatamente qual o equilíbrio disso, porque mesmo uma mulher que se dedica só ao trabalho, que é feliz com aquilo ela ainda pensa: “Ah eu poderia ser mãe, ah eu poderia ter me casado, eu poderia, eu poderia”. E aquela que só é mãe fala “ah eu poderia ter minha liberdade”, a dita liberdade, que nem sempre é, mas é a liberdade financeira que ela procura, “ah eu poderia ter me formado, eu poderia ter meu emprego”, então eu acho que ela ta buscando o equilíbrio entre essas duas mulheres* (enfermeira 05, mulher, 30 anos).

Tal fala expressa claramente o grande conflito vivido pelas mulheres modernas, que ainda não conseguem conciliar, sem dificuldades e culpas, suas novas escolhas. Rocha-Coutinho (2004) afirma que há uma certa relutância da mulher em abandonar o poder que sempre teve no âmbito privado, o que acaba

reforçando a idéia de serem insubstituíveis. Por isso, mesmo com as mudanças nos modelos familiares e na maior participação feminina na sociedade, as mulheres multiplicaram funções, mas não dividiram as responsabilidades.

A mulher continua, assim, sem se dar conta, a preservar e disseminar o domínio masculino que prevalece na sociedade tradicional (ROCHA-COUTINHO, 2004). Tal idéia, segundo a qual há uma manutenção da sociedade machista e uma conseqüente submissão das mulheres aos homens, aparece na seguinte fala:

> *Ainda eu vejo a mulher submissa, massacrada, apesar de todas as conquistas, com uma tripla jornada de trabalho. É, eu acho que nós temos conquistado muitas coisas... é no mercado de trabalho, no campo pessoal de satisfação, mas ainda assim, acredito que ainda temos muuuuito pra fazer* (enfermeira 10, mulher, 45 anos).

Porém, há também, segundo algumas outras enfermeiras entrevistadas, um esforço de ambos, homens e mulheres, para descobrir seus novos papéis, encontrar um equilíbrio nos novos arranjos sociais e familiares que estão aparecendo:

> *Tanto como a mulher ainda não encontrou o equilíbrio, o homem também não, porque o homem na sociedade brasileira, ele é muito machista, por mais que seja criado de uma forma diferente, por essas mulheres que tem seu trabalho, ele ainda é um ser um pouco machista, que ele não consegue encontrar seu equilíbrio, em lidar com aquela mulher que é a mãe dos filhos dele e que também trabalha fora, que também tem necessidades diferentes da dele, e que muitas vezes ele não conhece, então ele também está procurando este equilíbrio, e muitos homens têm um conflito muito grande, porque não sabem lidar com isso, "ah, minha mulher vai trabalhar fora", ou "não minha mulher não vai ser só a mãe dos meus filhos", então ele também ta procurando um caminho* (enfermeira 05, mulher, 30 anos).

> *Tá mudando mais ainda tem mulheres que acham que "meu dever é cuidar do meu filho, meu dever é cuidar da minha casa, minha função é administrar o lar" entendeu, é lógico que toda mulher tem aquele*

> *instinto materno que "eu tenho que cuidar do meu filho", quando a mulher trabalha e o homem também trabalha sempre a mulher fica mais responsável pelos filhos né, mas graças a Deus isso ai ta mudando, ta mudando eu vejo hoje pela minha filhas, muitos pais levando filho na escola, indo em reuniões de escola, na escola da minha filha por exemplo a gente faz reunião 50% são mulheres e 50% são pais que estão ai na escola então quer dizer as funções e os deveres estão sendo divididos ali né* (enfermeira 06, mulher, 33 anos).

5.1.2 Sexualidade

Médicos: *"A imagem da mulher tá muito desgastada por não saberem aproveitar dessa liberdade que conquistaram"*

É fundamental levar em conta a questão da sexualidade ao se falar em gênero, na medida em que os conceitos estão intimamente ligados e são construídos concomitantemente ao longo da vida dos sujeitos. Ambos são, apesar de distintos, construções sociais que devem ser entendidas em perspectiva histórica, cultural e social.

Há, no discurso de grande parte dos médicos entrevistados, uma clara percepção do aumento da autonomia feminina em relação a sua vida sexual, reprodutiva e afetiva nas últimas décadas:

> *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* (médica 05, mulher, 29 anos).

> *Você vê uma alteração de conduta diferente, você senta hoje com uma menina de 16,17 anos e discute sexo com ela, como é que faz, ela quer saber como é que faz, como é que não faz, como é que toma pílula, como é que deixa de tomar, como é que isso, como é que é aquilo. Quando antigamente você tinha uma paciente dos seus 40,20,30 anos vamos dizer, 30 anos de idade que não discutia nada disso com você, é uma consulta até de muito, muito, de muita*

> *vergonha, né. A pessoa tinha até vergonha de ir ao ginecologista, e geralmente essa vergonha gente nota que hoje em dia já parte muito mais das pessoas de meia-idade do que das pessoas mais novas, por uma questão já de orientação, orientação dentro de casa, orientação escolar, mas geralmente televisão* (médico 01, homem, 55 anos).

A princípio, tais falas indicam uma boa aceitação desses comportamentos, mas, ao se analisar de forma mais apurada, há uma conotação negativa vinculada à caracterização da sexualidade feminina, ainda permeada por diversos tabus sociais. Há um entendimento de que a liberdade sexual das mulheres é exercida de forma abusiva e com um desgaste da sua imagem, o que as vem prejudicando, como vemos nas falas seguintes:

> *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* (médico 14, homem, 46 anos).

> *Existe um tabu religioso e um tabu social em cima da... em cima da sexualidade feminina, e sempre é uma coisa... reprimida, né. A mulher tá se libertando disso, né... algumas vezes de... de uma forma até, assim, um pouco... de uma forma desafiadora da sociedade* (médico 07, homem, 55 anos).

> *O excesso de liberdade... que isso tá prejudicando a sociedade... as meninas...* (médico 06, homem, 52 anos).

A conquista da liberdade sexual e reprodutiva vem acompanhada, na maior parte das entrevistas, por uma ideologia preconceituosa e discriminatória, reproduzida tanto por homens quanto por mulheres. Assim, novamente, as percepções relativas às questões de gênero aparecem respaldadas em um modelo tradicional, reforçando a manutenção de uma sociedade machista. Para Rocha-

Coutinho (2004) a repetição do padrão de desigualdade é reforçada pela oscilação das mulheres em exercer sua liberdade e manter-se na imagem do ideal feminino.

Para alguns dos entrevistados, os comportamentos associados à sexualidade feminina sugerem uma tentativa de igualação à sexualidade masculina, dominante na divisão sexual presente nas esferas sociais, culturais e nos espaços públicos e privados, encontrando-se em estado subjetivado. Assim, segundo tal idéia, as mulheres teriam, sem questionar, definido suas condutas ao se perceberem a partir da visão masculina - atribuindo, elas mesmas, uma aparência de natural a uma identidade socialmente imposta.

Segundo Bourdieu (1995), isso ocorria porque a relação entre dominados e dominantes caracteriza-se pelo poder, tendo total adesão da parte dominada, não por uma decisão deliberada, mas por uma submissão impensada, construída a partir do ponto de vista dos dominantes, o que as faz parecer naturais.

Alguns médicos descrevem diversas conseqüências decorrentes da liberdade sexual feminina como o aumento da promiscuidade, a banalização do sexo, o aumento de doenças sexualmente transmissíveis (DST), da AIDS e de gravidez indesejadas.

Vieira (2002) afirma que, ao longo da história da humanidade, o corpo feminino tem sido tratado como especialmente ameaçador para a estabilidade moral e social. E que diversas tentativas de regulá-los através de normas, sejam elas baseadas em crenças mágicas, religiosas ou médicas têm sido utilizadas. A medicalização do corpo feminino, prática que transforma aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais, tem sido uma delas. As concepções que norteiam a medicalização do corpo feminino o tomam exclusivamente como entidade biológica, reduzindo-o ao seu aspecto orgânico.

Assim, a dimensão social do corpo feminino, que pressupõe uma articulação entre a condição orgânica/biológica e a de gênero, é praticamente negada consolidando as desigualdades de gênero através dos corpos das mulheres e da naturalização do papel feminino por sua função reprodutora, como podemos ver na seguinte fala:

> *A mulher nunca vai ser também igual ao homem, porque ela é biologicamente diferente, especialmente do ponto de vista hormonal.*

> *A mulher cicla… os hormônios da mulher são diferentes… a mulher cicla, o psiquismo da mulher é diferente. E é diferente conforme a época do seu ciclo menstrual… quer queira quer não* (médico 12, homem, 57 anos).

Enfermeiros: "*Mudou muito, né, da minha época pra hoje*"

Em relação à sexualidade, há um entendimento no discurso de grande parte dos profissionais entrevistados de que a sua livre expressão é um direito que deve ser exercido por todos:

> *A questão da autonomia ta mais prevalente hoje em dia né, então a mulher escolhe se ela quer casar, se ela quer ter filhos, se ela quer ser mãe, a questão do preconceito tem diminuído muito, e fica mais a critério dela, né, baseado nos seus critérios éticos/morais vai definir que tipo de vida sexual que ela quer ter. Tem mais liberdade de escolha* (enfermeira 02, mulher, 30 anos).

Há, porém, uma concepção de que, tal escolha tem conseqüências individuais e sociais, idéia embasada em um modelo tradicional no qual é vedado à mulher o direito ao exercício livre de sua sexualidade. Assim, a liberdade é tratada por tais profissionais como libertinagem e sua vivência, entendida por muitos, como responsável pelos conflitos sociais e familiares atuais, repetindo um padrão de culpabilização da mulher:

> *Eu acho que as mulheres estão se desvalorizando ao extremo, pelas coisas que eu vejo aqui, que é um campo que eu não conhecia, de mulheres tão vulgares, tão expostas, com o corpo exposto, estão à caça de alguém, de alguma coisa, é gritante, a falta de valor que a mulher está se dando e eu acho que isso que está levando a tudo isso que está acontecendo hoje em dia o tanto que a mulher se desvaloriza* (enfermeira 03, mulher, 45 anos).

> *Já está bem conquistado, a mulher tem hoje em dia liberdade de estar tendo relação antes... de ... Porque só podia ser depois do*

> *casamento, o homem macho podia fazer o que quisesse e a mulher não, hoje eu acho que isso é bem evoluído, até demais, eu acho que a mulher quer passar o homem, tem mulheres que acham assim que tem que ser muito livres que podem fazer o que quiser, fazer talvez ate mais que deveriam fazer, e esquecem até de olhar um pouco pra si, pra auto-estima sabe, fazem muito por instinto* (enfermeira 05, mulher, 30 anos).

> *Mudou muito, né, da minha época pra hoje, é até uma mudança que a gente assusta, né eu que sou uma pessoa muito religiosa eu me assusto muito né,com essa >>> porque o sexo eu até acredito que Deus deu ao homem e a mulher, a relação sexual é pra ser feliz mesmo é uma coisa que dá prazer, mais hoje me dia as pessoas banalizam muito, né a relação sexual, eu acho que o sexo envolve várias responsabilidades, não é à toa que tem as muitas doenças, gravidez indesejada, a historia do aborto* (enfermeira 08, mulher, 48 anos).

O tom normativo das intervenções, que associa o corpo feminino à reprodução e o masculino à sexualidade é evidente em várias entrevistas com os profissionais, assim como na assistência às mulheres. Assim, apesar da proposição, no fim do século XX, dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, que orientam a atual Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher do MS (2004), o que domina na fala de muitos profissionais ainda é um discurso tradicional que reforça uma relação intrínseca entre sexualidade feminina e reprodução e acaba por desrespeitar a autonomia das mulheres em decidir o que é melhor para sua vida a cada momento.

5.1.3. Médicos e enfermeiros: Percepções sobre gênero

Diversos profissionais entrevistados trouxeram representações de gênero potencialmente promotoras de desigualdades entre homens e mulheres, uma vez que a idéia tradicional de gênero permanece prevalente nas percepções que a maior parte dos entrevistados têm sobre a mulher atual e sobre as mudanças que vêm acontecendo, tanto no âmbito privado quanto no público o que, conseqüentemente, interfere em suas ações.

A oposição binária homem-mulher é dominante, com a mulher sendo vista muitas vezes como sexo frágil, sobre a qual é realizado um controle masculino, que a coloca em um lugar inferior, consolidando o poder e naturalizando posições femininas e masculinas que são, na verdade, socialmente construídas.

Assim, o entendimento de que a formação do sujeito é um processo social, permeado pela cultura e, portanto, que se dá a partir das relações sociais é pouquíssimo ou quase nada presente, reforçando a idéia de um essencialismo biológico, em detrimento da construção social de gênero.

O conceito de gênero, apesar de oferecer uma forma de distinguir a prática sexual dos papéis atribuídos às mulheres e aos homens e colocar a ênfase sobre todo um sistema de relações que pode incluir sexo, mas que não é diretamente determinado por ele e nem o determina, ainda não é entendido dessa maneira segundo a fala de muitos dos profissionais aqui analisadas (SCOTT, 1989).

Como afirma Vieira (2002), a idéia de “natureza feminina” baseia-se em fatos biológicos que ocorrem no corpo da mulher, como a capacidade de gestar, parir e amamentar e, à medida que essa determinação biológica parece justificar plenamente as questões sociais que envolvem esse corpo, ela passa a ser dominante como explicação legitima e única sobre aqueles fenômenos.

Muitos dos entrevistados, médicos e enfermeiros, homens e mulheres, são de uma geração que foi criada em um modelo tradicional de gênero e que, recentemente, começou a vivenciar a transição de modelo, o que gera percepções repletas de contradições entre aspectos conservadores e inovadores e, conseqüentemente, ações preconceituosas e que acabam, inúmeras vezes, naturalizando as desigualdades de gênero.

Nas entrevistas com enfermeiros, na sua grande maioria mulheres, pode-se notar um aspecto muito particular referente à culpa feminina em escolher investir na vida profissional e às possíveis conseqüências disso na vida familiar, sentimento muito reforçado pelo discurso social.

Com certeza, a qualidade dos vínculos familiares contribui para os processos precoces de crescimento e desenvolvimento, favorecendo ou não a adequada aquisição de capacidades de compreensão e de linguagem, fundamentais para um desenvolvimento integral de futura cidadania. É na família que se aprendem valores como a tolerância, a não-discriminação, a justiça, a solidariedade e seus antivalores correspondentes.

Como afirma Vivas (2005), a família é o espaço onde se incorpora, inicialmente, o modelo de relações vinculares, o manejo de poder e conflitos, as relações com o diferente e aspectos ligados ao desenvolvimento da identidade pessoal vinculados à saúde mental. Também é na família que se incorporam visões relacionadas à eqüidade ou iniqüidade de gênero, principalmente através dos papéis femininos e masculinos desempenhados por progenitores e outros membros da família.

Assim, podemos pensar que a presença exclusivamente feminina no âmbito privado, com figuras masculinas ausentes e sem assunção de responsabilidades, pode gerar uma visão sexista que favoreceria os estereótipos de gênero no seio da família. Tal fato acabaria por gerar a manutenção da iniqüidade das mulheres, tanto no que se refere à carga desigual de tarefas no âmbito doméstico como no manejo do poder, incluindo o exercício de distintos tipos de violência.

5.2. Sobre a violência

Na categoria a seguir, quatro pontos principais de análise foram enfocados: os tipos de violência conhecidos pelos profissionais e a percepção que possuem de sua maior ou menor gravidade; as possíveis causas desencadeadoras da violência; a violência visível, que chega aos serviços de saúde e suas consequências e, por último, os aspectos ligados à invisibilidade da violência.

Muitas falas relacionadas à violência se confundem com os aspectos profissionais, que serão melhor abordados nas análises da próxima categoria, Sobre atuação profissional.

5.2.1. Os tipos de violência e sua gravidade

Médicos: *“Para mim, todas são graves”*

A violência é definida pela OMS (2002) como o uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OLIVEIRA, 2007).

Todos os tipos de violência contra a mulher, descritos pela literatura, foram trazidos pelos médicos nas entrevistas:

> *A moral e verbal, que eu mais vejo. Mas tem a física, né? Aquela que entra mais no âmbito da tortura* (médico 04, mulher, 36 anos).

> *Tem a violência física e psicológica e não falamos de violência sexual, né?… mas é que eu acho que a violência sexual tá implicada nas duas* (médico 11, mulher, 48 anos).

Para alguns profissionais a violência sexual é considerada grave, entre outros aspectos, por ferir a mulher tanto psíquica quanto fisicamente. Dantas-Berger & Giffin (2005) afirmam que na violência sexual a mulher é tomada como objeto de satisfação do homem, abandonando seu status de sujeito e seus direitos sexuais e reprodutivos garantidos por lei.

Há, porém, um maior reconhecimento por muitos profissionais das violências física e psicológica como sendo as mais graves. A gravidade da violência física estaria exatamente no risco das lesões que ela pode causar, como vemos abaixo:

> *A física, né? A verbal, não, eu acho que a violência física é mais grave. A mulher é mutilada. A discussão verbal, isso pode ocorrer entre o homem e a mulher, isso é um conflito, é comum* (médico 06, homem, 52 anos).

Outros médicos já atribuem maior gravidade à violência psicológica devido a maior dificuldade da mulher em reconhecer e denunciar tal vivência, o que faria com que ela permanecesse cronicamente na situação:

> *Eu acho que todas são graves. Agora tudo bem, você vai falar que é a violência física porque você pode machucar, pode quebrar o braço, um olho roxo. 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”. Às vezes você vai morrer com aquela coisa te incomodando* (médico 10, homem, 41 anos).

> *Uma agressão verbal por muito tempo, ela pode trazer conseqüências psicológicas às vezes muito mais sérias do que uma pancada, um roxo, um safanão, entendeu? Você deu ali, fica marca, você vê, mas que se for um fato isolado, de repente aquilo se cura e pronto. Às vezes a agressão verbal crônica pode gerar muito mais prejuízos* (médico 10, homem, 41).

> *A física passa, né? A psicológica caleja, mas não passa. Quer dizer, a física, se eu te der uma surra, você vai ficar com raiva de mim, dali a pouco passa a dor e você esquece. Mas se eu moralmente te minimizar, te anular, isso aí nunca mais você vai esquecer. E esse carimbo fica* (médico 14, homem, 46 anos).

A violência psicológica também é entendida por alguns entrevistados como a mais grave por ser de difícil detecção pelos profissionais, que referiram que, por não haver marcas físicas, muitas vezes ela passa despercebida. Além disso, tais profissionais acreditam que tal faceta da violência está presente em todos os outros tipos de violência existentes contra a mulher e as precede.

Tal percepção é embasada pela literatura, como podemos ver em BRASIL (2005d) que afirma que a primeira fase do ciclo de violência é a construção de uma tensão no relacionamento, quando podem ocorrer incidentes como agressões verbais, crises de ciúmes, ameaças e destruição de objetos. Desta fase ela evolui para uma seguinte na qual ocorre a explosão da violência, marcada por agressões agudas e ataques mais graves.

Um aspecto que chamou atenção foi a questão do cerceamento da liberdade da mulher, da sobrecarga de trabalho doméstico e o abuso de autoridade do companheiro serem reconhecidos como um tipo de violência por alguns profissionais:

> *“Eu vou chamar os meus amigos e você vai cozinhar para todos eles, você vai atender a todos eles". Eu acho também que essa é uma outra forma de violência. Ou falar assim: "Eu quero que você me*

> *sirva, aqui sentado eu estou e você vai lá, pega as coisas, e você me sirva onde estou". Então, isso também, eu acho que uma forma de violência também* (médico 03, homem, 52 anos).

> *O homem mandar, né?.Mandar ela fazer algo que ela não queira fazer. Por exemplo: "Eu te mantenho e você faz aquilo que eu quiser". Por exemplo, se ela quer vestir uma roupa, ele fala assim: "Eu não gosto dessa roupa, vai lá, troca... Eu quero que você vista esta outra". Eu acho que uma outra forma de violência é essa* (médico 03, homem, 52 anos).

> *Agressão física, agressão sexual, agressão verbal… tem várias né? A própria, o subjugo à mulher, não deixando com que ela… é… anulando a mulher, então tem várias agressões, não precisa ser só física* (médico 14, homem, 46 anos).

> *Todas são graves, agora, em termos de... Eu acho que é o cerceamento da liberdade, essa é a mais grave, né? Dá mulher ter um trabalho, querer estudar e de repente o marido não deixa, a mulher quer fazer um curso superior e o marido não deixa* (médico 07, homem, 55 anos).

Assim, podemos entender que, a violência de gênero distingue um tipo de dominação, de opressão e de crueldade estruturalmente construído nas relações entre homens e mulheres, reproduzido na cotidianidade e subjetivamente assumido. Uma das médicas entrevistadas resumiu da seguinte forma:

> *A partir do momento que transgrediu o respeito eu já acho que é uma agressão. Independente se encostou o dedo, se puxou o cabelo, se é grau um, grau dois, grau três, se é... agrediu* (médica 04, mulher, 36 anos).

Enfermeiros: *"Física, sexual, verbal, financeira, psicológica, tem várias"*

Para o ministério da saúde (2001) violência é toda ação realizada por indivíduos, grupos, classes ou nações, que ocasione danos físicos, emocionais e/ou espirituais a si próprios e a outros (OLIVEIRA & FONSECA, 2007).

Quando questionados sobre os tipos de violência existentes contra a mulher, muitos enfermeiros entrevistados citaram, prioritariamente, as violências física e psicológica, também chamada de verbal:

> *Tem a agressão física, tem a agressão verbal... acho que só essas duas* (enfermeira 02, mulher, 30 anos).

> *Ameaça, a violência psicológica, além da tortura física mesmo* (enfermeira 03, mulher, 45 anos).

> *A física, a agressão física, que é muito comum e tem a questão da violência verbal, que tem gente que às vezes não bate um no outro né? Mas o tempo inteiro faz como se fosse um assedio em cima do outro e isso também é violência* (enfermeira 08, mulher, 48 anos).

Apesar da violência sexual acompanhar um terço dos casos de violência física, foi pouco citada pelos profissionais, talvez pelo fato de ser subestimada pelas próprias mulheres que ainda acreditam que o sexo é uma obrigação dentro do casamento.

Muitos profissionais entrevistados acreditam que todas as modalidades de violência são graves e devem ser combatidas e eliminadas. Porém, estes referiram que a violência psicológica, considerada por Dantas-Berger & Giffin (2005) a que mais causa dor nas mulheres, é a mais grave uma vez que, de forma muito sutil, gera uma baixa auto-estima que impede as mulheres de saírem das relações:

> *A psicológica, porque não tem como você se defender sabe. Numa agressão física você se recupera, mas não tem como sair da agressão física porque tem a violência psicológica: "Eu mato seu filho se você me denunciar pra policia"* (enfermeira 03, mulher, 45 anos).

Kiss e Schraiber (2011) afirmam que a superposição das violências é muito grande e que, se analisadas no sentido de tipos puros, a psicológica é a que mais se apresenta de forma exclusiva, seguida da violência física. A violência sexual raramente ocorre sozinha.

5.2.2. Possíveis causas da violência

Médicos: ***"As dificuldades de relacionamento vêm muito da dificuldade de comunicação"***

O uso de álcool e drogas foi trazido por muitos médicos como o maior desencadeador da violência contra a mulher:

> *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. Às vezes, têm uns que são por droga também. Quando ficou drogado, faz besteira, né? Esse tipo de situação também existe. É comum* (médico 03, homem, 52 anos).

> *Acho que tem as questões envolvendo também alguns fatores que favorecem essa liberação da agressividade. O consumo de bebidas alcoólicas parece ser bastante importante e também de outras drogas* (médico 11, mulher, 48 anos).

A percepção de tais entrevistados é embasada por estudo segundo o qual, o uso de álcool pelo parceiro aumenta em até 59% a possibilidade da mulher ser vítima de violência, enquanto o uso de drogas, aumenta esse risco em até seis vezes (VIEIRA et. al, 2011). Apesar disso, concordamos com Monteiro et al. (2006) que afirmam que tal fato não deve ser usado como desculpa para comportamentos violentos.

Um outro fator trazido como causa de violência por alguns entrevistados foi o homem tratar a mulher como sendo sua propriedade, agindo com controle excessivo, perdendo o respeito ou ignorando sua individualidade:

> *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 entra as, as agressões. Desde verbais até as físicas. Quando perde a noção do respeito, né? Passa a ser propriedade, é uma propriedade minha* (médico 04, mulher, 36 anos).

> *A falta de diálogo, eu acho. Eu acho que… mesmo que você tenha, se você não tiver um espaço pra diálogo não tem nem como chegar num consenso, né? De conversar ou alguma coisa assim* (médico 08, homem, 47 anos).

> *A falta de diálogo, eu acho que é pior coisa. A falta de respeito* (médico 02, mulher, 37 anos).

> *Ciúmes... eu acho que é um dos principais motivo de brigas* (médico 05, mulher, 29 anos).

Para Minayo (2006) as relações de poder, historicamente desiguais entre homens e mulheres, têm na violência de gênero uma das suas manifestações mais perversas. O componente cultural, fortemente calcado em bases econômicas, jurídicas, sociais e políticas desiguais, é seu sustentáculo e fator de perpetuação.

Segundo Vieira et al. (2011), mulheres com nível educacional mais elevado e/ou chefes de família podem ser vitimas de violência de gênero exatamente por gerarem conflitos nos papéis tradicionais de gênero, uma vez que a violência é utilizada como uma estratégia para a manutenção do poder. Em contrapartida, a autora afirma que um nível educacional mais elevado pode possibilitar maior autonomia e maiores condições de identificar e romper o ciclo de violência.

Schraiber & D'Oliveira (1999) trazem que, muitas vezes, a violência se apresenta como uma ação punitiva/educativa, sendo que as suas motivações têm a ver com dominação, o que inclui controle físico, punição por comportamentos da mulher reprovados pelo homem, imposição e coerção emocional.

Nesse sentido, Schuler & Islan (2008) afirmam que muitas mulheres, em diversos países, acham a violência justificável quando a mulher é negligente no cuidado com os filhos, queima a comida, discute com o marido, sai sem avisar ou se recusa a ter relações sexuais.

Ao contrário do que crêem tais mulheres, 93,7% dos profissionais de saúde ouvidos em pesquisa realizada no interior de São Paulo, discordam que seja aceitável um homem bater em sua esposa mesmo que tenha sido provocado (VIEIRA et al., 2011).

Enfermeiros: *"A pessoa vai perdendo o controle da situação ao ponto que ela chega a agredir o companheiro"*

Para alguns enfermeiros, aspectos relacionados à construção dos relacionamentos, como diálogo, compreensão e companheirismo, quando ausentes, seriam geradores de violência:

> *Egoísmo tem muito a ver com a violência, com a falta de respeito* (enfermeira 05, mulher, 30 anos).
>
> *Muitas vezes assim ciúme do outro* (enfermeira 04, mulher, 32 anos).

Outros afirmaram que, em muitos casos, a mulher deve ser tolerante para evitar que a violência ocorra, ou seja, para que haja harmonia familiar, a submissão feminina é fundamental, caso contrário, a violência chega a ser justificada e naturalizada. A violência é vista, portanto, muitas vezes, como uma forma de corrigir e punir a mulher. Nesse sentido, Dantas-Berger & Giffin (2005) afirmam que a ordem social de tradição patriarcal por muito tempo consentiu um certo padrão de violência contra a mulher, designando ao homem o papel ativo e às mulheres o de passividade.

Algumas profissionais, mulheres, trouxeram novamente o aspecto da culpabilização feminina tão presente em seu discurso. Reforçam o conceito tradicional de gênero ao relacionarem a violência à criação e falta de bases familiares e, como já vimos anteriormente, apontam a mulher como a responsável por essa desestrutura:

> *A questão da tolerância é o primeiro passo pros casais se entenderem e hoje em dia, as mulheres com essa coisa assim, da*

> *gente querer dividir tudo, a gente quer dividir tudo muito certinho e às vezes a gente também é intransigente, então se eles não dividirem tudo, se ele não te ajudar, se não fizer isso. Mas ele também tem uma cultura, ele foi criado de um jeito né?* (enfermeira 08, mulher, 48 anos).

> *Um não ver o outro e a pessoa achar que só ela tem problemas, que só ela está cansada. Ai a gente vive uma situação de não ter respeito mesmo, achar assim, que ela é minha mulher no sentido de propriedade, vem muito de educação, vem bem lá de trás* (enfermeira 07, mulher, 31 anos).

Fatores externos, como aspectos financeiros e o uso de álcool e drogas também foram citados por alguns profissionais como possíveis causadores da violência:

> *O peso dos fatores externos, o tanto que influencia no seu modo de fazer as coisas, a pessoa vai perdendo o controle da situação ao ponto que ela chega a agredir o companheiro, a companheira e até outras pessoas fora de casa, ou até mesmo trazer toda essa raiva, essa violência pra dentro de casa e acabar fazendo alguma violência contra a esposa, contra os filhos* (enfermeira 02, mulher, 30 anos).

> *Conflitos de ideais, quando os dois têm ideais muito diferentes, em relação às finanças, por exemplo, ou o aparecimento de alguma doença, algum dos dois começa a usar algum tipo de droga, de bebida alcoólica, perda do trabalho, eu acho que esses fatores sociais influenciam muito porque a questão do amor ela está muito baseada em como a gente vive* (enfermeira 02, mulher, 30 anos).

> *Eu acho que muito o alcoolismo (leva à violência)* (enfermeira 03, mulher, 45 anos).

Para Nakano (2004), apesar de, muitas vezes, o uso de álcool/drogas e a violência andarem juntos e haver uma relação de proximidade entre eles, não podemos criar uma relação de determinação entre ambos.

Marinheiro et al. (2006) em pesquisa realizada com usuárias de serviços de saúde, afirmam que 80% das mulheres cujos companheiros eram usuários de drogas foram vitimas de algum tipo de violência, contra 44,6% das mulheres de companheiros que não usavam drogas, indicando o uso de drogas como um fator associado sim à perpetração da violência contra a mulher.

5.2.3. O que é visível: a violência nos serviços de saúde e suas conseqüências

Médicos: **"Volta e meia você vê, chega com o olho roxo"**

A violência só encontrou espaço na agenda da saúde pública no final dos anos 80 e sua inclusão fundamentou-se no fato de as mortes e traumas ocorridos por causas violentas virem aumentando a passos largos nas Américas, contribuindo para anos potenciais perdidos e demandando respostas do sistema. Assim, apesar de não ser uma questão específica da saúde, afeta a saúde de diversas maneiras (LUDEMIR et al., 2008).

Alguns médicos entrevistados afirmaram que a maioria das mulheres que procuram os serviços de saúde para tratar da questão da violência, chega com sinais físicos, buscando tratamento para as lesões:

> *No caso, a violência física elas procuram mais, a violência verbal, a violência psicológica é mais, ela é um pouco mais refinada, então a mulher precisa ter o discernimento pra entender que tá sendo violentada, então a procura é pouca. É mais pela violência física* (médico 07, homem, 55).
>
> *Agressões de mulheres que procuram aqui o pronto-socorro é... Vítima de agressões... Felizmente, a maioria dos casos são agressões leves, isso eu posso dizer pra você, eu não tenho presenciado mulheres, pelo menos vítimas de agressões mais graves na minha experiência* (médico 06, homem, 52 anos).
>
> *Volta e meia você vê e chega com o olho roxo* (médico 14, homem, 46 anos).

Um entrevistado afirma que a identificação da violência, muitas vezes, é realizada exatamente pela existência de marcas físicas, como hematomas, fraturas e lesões:

> *A gente quando fica sabendo de violência, fica sabendo através de lesão na parte sexual. Agora, eu acredito que quem faz pronto atendimento, e eu já fiz isso, mas há anos atrás, aí ele fica sabendo de mais coisas. 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". Chega o corte, chega o politraumatismo por qualquer causa* (médico 01, homem, 55 anos).

Diversas mulheres procuram serviços de saúde para tratar lesões físicas, mas não reportam a violência vivida. Os relatos de que as mulheres procuram os serviços com marcas de violência, mas alegando outras causas para as feridas, chegando a negar estarem em situação de violência quando questionadas, confirmam tais dados:

> *A maioria não fala a verdade: "Ah eu caí, caí, meu olho tá roxo porque eu bati no armário da cozinha* (médico 10, homem, 41 anos).
>
> *Elas não procuram por isso... essas eu pego mais aqui no consultório, então aí... você acaba durante a conversa elas acabam falando* (médica 05, mulher, 29 anos).
>
> *Pode ser pelas lesões que ela tem. E ela fala assim: "Ah... Eu escorreguei e bati o olho". Mas, a gente percebe, quando tem um hematoma. Esse hematoma, não é que escorregou, é claro que ela levou um soco do marido, só que ela não quer falar. A gente percebe assim, às vezes conversando um pouco* (médico 03, homem, 52 anos).
>
> *Quando tem muita queixa, principalmente sexual, ou então muita queixa assim, subjetiva, dor pra ter relação, essas coisas, 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. A gente*

acaba perguntando, e elas acabam contando (médica 05, mulher, 29 anos).

Nesse sentido, segundo Campbell (2002), as mulheres em situação de violência geralmente não apresentam traumas físicos ao procurarem serviços de saúde. Pode-se pensar então que, apesar de não haver sinais físicos, há uma violência vivida, e que é reconhecida pelos médicos, já que eles questionam ao desconfiarem de algo. Porém, como ainda não há uma identificação da violência como sendo um problema da saúde, nem sempre os profissionais dão a importância devida ao problema, favorecendo a sua invisibilidade, como será discutido mais adiante.

Ahmad et al. (2007) afirmam que mulheres em situação de violência têm vergonha de se abrir espontaneamente, além de sensações de embaraço, fracasso, culpa e medo da reação do profissional. Elas desconfiam ou desconhecem a confidencialidade e, por isso, perguntar sobre a violência acaba sendo um facilitador para a abertura por parte da mulher. Para Elliot et al. (2002) raramente às mulheres relatam voluntariamente suas histórias e por isso, recomenda que os clínicos as questionem.

Para isso, dois médicos referem ser fundamental o estabelecimento de uma relação médico-paciente que promova a confiança necessária para que esse canal de comunicação, que é definido em Brasil (2005d) como escuta ativa, aconteça:

Até hematoma físico a gente já teve caso. A paciente tava toda roxa. A gente perguntou: "Ah, o quê que é isso?" Aí a pessoa falou: "Meu marido me bateu". Paciente com olho roxo, a gente já viu, né? Ou às vezes a paciente começa a contar mesmo: "Ah, não agüento mais minha vida, meu marido me agride". Porque essas pacientes muitas vezes não têm com quem conversar e aí vem no médico, uma pessoa desconhecida. Ele tem muito mais facilidade de se abrir do que com parente, com o vizinho que conhece o marido, que tem envolvimento (médico 09, mulher, 30).

Eu acho que a confiança é uma coisa importante na consulta. A gente sempre busca a confiança. Se ela fala: "Ah não, tá tudo bem e

> *tal, resolveu" e não quer falar mais, significa que eu não consegui ou então realmente resolveu. Ou então não, perdeu a confiança. Então é uma coisa que eu sempre busco, em todos os pacientes eu busco a confiança* (médico 08, homem, 47 anos).

As situações de violência geram inúmeras conseqüências físicas, sociais e psíquicas chegando inclusive, em alguns casos, segundo as falas abaixo, a óbitos:

> *A violência psíquica, o quê que tá fazendo com as pessoas? Aumentando o número de mulheres deprimidas? Aumentando o número de mulheres violentas, que transmitem isso pros seus filhos? Então, o que fazer com isso? É muito complexo, a violência é complexa, tanto é que nós vivemos num país sabiamente violento cujo índice de mortalidade por violência é elevadíssimo. De todos os tipos, violência no trânsito, violência com arma de fogo, violência doméstica, violência ligada a tráfico, violência de roubo. Somos o país da violência e eu acho que tá muito difícil* (médico 11, mulher, 48 anos).

> *Normalmente porque tá tendo dor pra tudo quanto é lado. E tá vivendo com angústia, são os casos de depressão. A maior parte das vezes, quando vem pedir ajuda aqui, já tá com depressão importante. Aí já não tá dando conta de se automedicar, porque a maioria das vezes a gente vê que já tentou tomar alguma coisa por conta. Ou que a vizinha tomou, ou que alguma conhecida tomou, ou o que algum médico do plantou passou* (médico 04, mulher, 36).

Os efeitos da violência duram muito tempo, mesmo após a violência cessar. As injúrias, o medo e o estresse podem resultar em problemas de saúde como dores crônicas e sintomas psiquiátricos, desordens gastrointestinais e rebaixamento do sistema auto-imune. Além disso, problemas ginecológicos também são bastante comuns, aumentando a presença dessas mulheres em grupos de risco devido à vergonha, depressão e estresse, uma vez que a violência diminui capacidade de negociação dessas mulheres (CAMPBELL, 2002).

Enfermeiros: ***"Se a mulher, se ela não tiver alguma coisa que chama a atenção dela para contar isso, é difícil"***

No Brasil, segundo Oliveira (2007), 23% das mulheres estão sujeitas a vivenciar situações de violência e em 70% dos casos, o agressor é o próprio marido ou companheiro. Segundo Marinheiro (2006) a prevalência de mulheres em situação de violência é de 45% das usuárias que frequentam os serviços de saúde de Ribeirão Preto.

Muitos enfermeiros entrevistados referiram não encontrar uma prevalência de violência contra a mulher tão alta quanto a trazida pela literatura. Reconhecem mais a violência contra crianças, talvez por saberem melhor o que fazer em tais casos e por existirem muitos mecanismos disponíveis para acompanhá-las:

> *Porque o que a gente vê aqui muito é criança, suspeita de espancamento, o que a gente desconfia muito é criança, mais do que mulher* (enfermeira 03, mulher, 45 anos).

> *Muito pouco assim (mulheres), agora o que a gente atende muito é na pediatria, as crianças que são muitas molestadas, já sofreram algum tipo assédio mesmo, sabe, isso a gente já teve muito, muitos casos de crianças* (enfermeira 04, mulher, 32 anos).

Uma enfermeira afirma, entretanto, haver atendimentos de casos de violência contra a mulher, o que demonstra que elas chegam às unidades e que é possível reconhecê-las:

> *Sim, a gente atende, e como atende (casos de violência)* (enfermeira 08, mulher, 48 anos).

Há um reconhecimento de alguns entrevistados, principalmente da violência física, que deixa sinais visíveis no corpo da mulher:

> *Quando chega nessa situação mais grave, quando tem dano de algum membro, quando ela sente muita dor. Agressão moral, verbal não chega aqui, agora quando é física, mais grave, lesou algum*

> *órgão, algum membro, está com sangramento, ai sim a gente acaba recebendo* (enfermeira 02, mulher, 30 anos).

> *Elas vêm pra cá sangrando, em situação muito grave* (enfermeira 03, mulher, 45 anos).

> *Elas chegam espancadas, na maioria das vezes com fratura, quando elas vêm pedir ajuda porque não estão mais enxergando direito, não estão mais ouvindo direito, estão com o corpo inteiro doido, atendi uma que estava cheia de hematoma, toda arranhada, estava com a mão quebrada "sou faxineira não posso trabalhar, porque ele me bateu tanto que quebrou minha mão e não me deixa ir ao medico, estou perdendo os movimentos da mão", uma situação assim de chorar, a violência física é a que a gente mais encontra porque machuca, e ela tá sempre parando no pronto socorro* (enfermeira 07, mulher, 31 anos).

Schraiber & D'Oliveira (1999) afirmam que, geralmente, os episódios agudos de violência explícita são mais visíveis e assim, como é o que vêem, os profissionais afirmam ser o que mais existe.

Alguns profissionais referiram serem poucas as mulheres que verbalizam espontaneamente estar em situação de violência: *"Elas chegam falando: "Eu apanhei do meu marido"* (enfermeira 07, mulher, 31 anos). Afirmam sim, existir muita dificuldade das mulheres em falar sobre a violência e acreditam que isso se deva a falta de privacidade dos serviços de saúde e a falta de vínculo com os profissionais:

> *Às vezes eles chegam assim, envergonhados, ali é muito aberto, a pessoa não consegue conversar direito, então vai depender muito porque eles não chegam procurando direto a enfermeira nada, eles vem e passam por consulta, às vezes algumas falam claramente, às vezes outras não, às vezes quando a auxiliar, assim tem confiança no auxiliar* (enfermeira 04, mulher, 32 anos).

> *Se a mulher, se ela não tiver alguma coisa que chama a atenção dela para contar isso, é difícil. Ela precisa ter um vinculo com as pessoas* (enfermeira 08, mulher, 48 anos).

A procura pelos serviços de saúde decorre da necessidade de cuidado provocada pela violência física, pelas sequelas psicológicas, além de sintomas vagos e dores inexplicáveis. Marinheiro et al. (2006) afirmam que, de fato, muitas vezes, as mulheres não se dispõem a relatar os episódios de violência mantendo o problema oculto e dificultando seu diagnóstico.

Deslandes (2002) acredita que, como na maior parte das vezes o profissional da saúde ainda privilegia aspectos físicos, acaba ficando deslocado da integralidade de cuidados com os pacientes e assim, o modelo de assistência acarreta em uma violência simbólica.

Diversas consequências da violência, como quadros psicossomáticos e aspectos emocionais foram citadas pelos enfermeiros entrevistados. A violência é considerada pela OMS a principal causa de depressão entre as mulheres, que apresentam uma prevalência de tal quadro duas ou três vezes maior que os homens (LUDEMIR et al., 2008).

O óbito também foi trazido como uma consequência da violência por alguns entrevistados e, segundo Day et al. (2003), de 40 a 70% dos homicídios de mulheres no mundo, são cometidos por parceiros íntimos. O maior risco da mulher em situação de violência ser assassinada ocorre após a separação, uma vez que há um aumento da violência determinado pela decisão de sair do relacionamento (BRASIL, 2005d). Assim temos que:

> *Já aconteceu uma vez um caso que ela chegou a óbito, uma paciente chegou a óbito de tanto apanhar* (enfermeira 05, mulher, 30 anos).

> *Muitos casos, como eu estou te falando, desde violência velada, aquela que aparece através da depressão, que quando você vai investigar, acaba descobrindo o quê que rola de fato, até casos fatais, de múltiplas facadas, pacientes baleadas, agredidas, cortes, socos, fraturas muitas coisas* (enfermeira 10, mulher, 45 anos).

> *O que aparece velado é aqueles: "O que a senhora ta sentindo? Ah to deprimida" ai se você acaba dando uma escuta, no caso um acolhimento melhor você descobre que atrás daquela depressão que*

> *ela quer aparentemente passar pelo médico pra conseguir um remédio, quando você conversa tem muito mais do que isso, a depressão às vezes é por agressão verbal, ou que ela está escondendo que apanhou* (enfermeira 10, mulher, 45 anos).

> *Às vezes elas chegam muito machucadas, com arranhões, com hematomas e às vezes não tão assim fisicamente, agressões físicas, mas fatores psicológicos, com transtornos de depressão, de medo, de às vezes não querer nem voltar pra casa porque é ameaça, e às vezes é freqüente, você pega uma mulher hoje, daqui a pouco ela volta* (enfermeira 05, mulher, 30 anos).

O último trecho transcrito traz um aspecto importante das consequências da violência que é a busca recorrente pelos serviços de saúde. Segundo Batista (2005), as mulheres vítimas de violência desenvolvem um padrão de uso repetitivo dos serviços de saúde, apresentando problemas como dores crônicas, incapacidade física, uso de álcool e drogas.

Campbell (2002) reforça tal idéia ao afirmar que mulheres em situação de violência utilizam três vezes mais o sistema de saúde que as outras mulheres e essa taxa e os gastos aumentam na medida em que a violência fica mais severa. Tais mulheres estão presentes em todo o sistema de saúde com os mais diversos problemas e características socioeconômicas e elas geralmente procuram o sistema antes de procurar a justiça ou serviço social e, portanto, se a violência for identificada, ela pode ser orientada e encaminhada aos outros serviços, evitando a cronicidade e invisibilidade da violência.

5.2.4. A invisibilidade da violência

Médicos: ***"A violência é uma coisa urgente também, só que não é visto assim"***

Em relação à invisibilidade da violência, muitos relatos referem que as mulheres não denunciam o que vivem, pois tem medo de revanche do parceiro, do fim da relação, de ter que abandonar o lar, de perder os filhos e mesmo, de não

terem como se sustentar. Para muitos dos entrevistados, na maioria das vezes, sentem muito medo, o que acaba as impedindo de romper o ciclo da violência, que se torna crônica e, segundo Saffioti (2004), cada vez mais grave:

> *Não são todas que se prestam a ir denunciar, porque o grande problema é a revanche do cara, né? Às vezes você vai e... você faz esse boletim, faz essa denúncia, depois ela voltando para casa, o cara pode ficar sabendo disso e acabar tomando outras atitudes mais agressivas* (médico 01, homem, 55 anos).

> *Veio depois da nossa entrevista (ele referiu-se a primeira parte da entrevista) uma mulher agredida pelo companheiro, e ela tava com medo, ela falou assim: "Ah eu não lembro de nada" porque tava com medo de denunciar na delegacia, então a mulher se sente acuada, oprimida* (médico 06, homem, 52 anos).

> *Ela tá se sentindo acuada, ela não tem pra onde ir, não tem ganho que ela se sustente. Qualquer mulher que tenha ganho... Porque você não apanha, vamos falar apanhar, você não apanha por amor* (médico 10, homem, 41 anos).

Segundo podemos verificar em Brasil (2005d), a tentativa de rompimento da situação vivida pode, sim, gerar reações mais violentas uma vez que o agressor sente que está perdendo o controle da situação. Em muitos casos, nesses momentos, o agressor passa a requisitar a custódia dos filhos, negar a pensão alimentícia, interferir no trabalho e relações da mulher, e mesmo, pode matá-la. Nesse sentido, temos o seguinte relato de um entrevistado:

> *Ela foi assassinada pelo marido dela, ela foi na consulta e entrou pedindo para fazer uma carta para ela, dizendo que ela não podia ter relação sexual por um mês. Nossa, eu estranhei, eu falei: "Nossa, isso não tem valor nenhum". Ela falou assim: "É para mostrar para o meu marido, porque assim quem sabe ele não tem relação comigo, porque eu quero me separar, eu tô entrando na justiça, ele tá para receber uma intimação". Ela falou isso para mim na quinta-feira,*

segunda-feira eu fiquei sabendo que ela foi assinada (médico 02, mulher, 37 anos).

Day et al. (2003) afirmam que as mulheres permanecem vivenciando tais situações por medo de represálias, perda do suporte financeiro, preocupação com os filhos, dependência emocional e financeira, esperança que o parceiro mude e mesmo, por sentir-se responsável pelo que aconteceu. Assim retardam ou retiram denúncias e, apesar da gravidade da situação, não contam o que estão vivendo, mesmo quando são questionadas, o que é confirmado pelas falas dos profissionais abaixo:

> *Admitir que está acontecendo, eu acho que é a maior dificuldade. Delas não trazerem nem mesmo a informação pra que você possa dar pelo menos uma retaguarda de apoio, digamos assim* (médico 11, mulher, 48 anos).

> *Algumas pacientes chegam a falar, mas eu acredito que o número de pessoas violentadas é muito superior àquelas que trazem o problema pra nós. Não saberia te falar em números, essas coisas… mas… acredito que tem muitas pessoas que sofrem violência e que nós não fazemos essa detecção, nem mesmo para orientar (11, mulher, 48 anos).*

> *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, ou porque querem permanecer na relação e assim por diante. Mas elas negam* (médico 12, homem, 57 anos).

> *A maioria não fala a verdade: "Ah eu caí, caí, meu olho tá roxo porque eu bati no armário da cozinha* (médico 10, homem, 41 anos).

As questões tradicionais de gênero explicam a posição cultural e social que a mulher ocupa, justificando e naturalizando a violência, o que contribui para sua invisibilidade. A violência, apesar de ser reconhecida, ainda é pouco discutida nos serviços, como outros assuntos assistências são (BATISTA, 2005).

Muitos profissionais vêem a situação, mas não agem. O acolhimento ainda depende da disponibilidade do profissional e a assistência é quase nula e, quando ocorre, depende de esforços individuais e disponibilidades pessoais para a busca de ajuda de serviços de referência ou mesmo de algum tipo de cuidado interno. Nesse sentido, um médico afirma que:

> *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* (médico 09, mulher, 30 anos).

Segundo Kiss e Schraiber (2011), todas as formas de violência apresentam altas magnitudes, mas baixíssimo registro. Em uma pesquisa na cidade de São Paulo, apenas 3,8% dos prontuários das mulheres que relataram algum episódio de qualquer tipo de violência continham registro de violência.

Um estudo realizado em Ribeirão Preto - São Paulo demonstra que, em uma população com prevalência de violência contra a mulher de 45,3%, o registro da ocorrência de violência nos prontuários do serviço de saúde onde tais mulheres eram atendidas era de 3,3%, sugerindo que apenas pequena parte das usuárias se identificava ou era identificada pelo serviço como vivendo em situação de violência (SANTOS, 2003).

Falar em violência contra a mulher significa entrar em espaços privados, o que nem as mulheres, nem os profissionais de saúde fazem. As mulheres em situação de violência não o fazem pela baixa auto-estima que desenvolvem e que as impede de tomar decisões e ter autodeterminação sobre suas vidas. Os profissionais de saúde não o fazem por certas concepções das relações de gênero, além de aspectos da rotina dos próprios serviços, como veremos adiante (RODRIGUES-BOLAÑOS *et al.,* 2005).

Portanto, as barreiras para a identificação dos casos de violência são múltiplas e, dependendo de suas origens podem ser eliminadas por meio de intervenções para a capacitação do pessoal ou a reorganização dos serviços.

Enfermeiros: *"Tem que denunciar, mas ela não denuncia"*

Apesar da violência contra a mulher ser um dos tipos de violência mais comum que existe, geralmente fica invisível, restrita ao lar e a seus moradores que, por muitas vezes, naturalizam e banalizam o fenômeno.

Segundo alguns entrevistados, as mulheres permanecem nas relações violentas por medo, vergonha, dependência financeira e emocional e, romper com tal situação pode significar privar-se e aos filhos de condições de subsistência:

> Tem que denunciar, mas ela não denuncia porque ela sabe que quando ela chegar em casa o marido vai bater nela de novo, vai matar o filho, vai fazer outras coisas piores *(enfermeira 03, mulher, 45 anos).*

> *A mulher ela está muito sentida, é algo que perdeu o respeito, geralmente tem a questão da ameaça, então ela tem muito medo e normalmente ela não vai procurar a polícia porque ele ameaça, às vezes ela tem uma dependência financeira, então fica complicado pra ela, às vezes ela vem aqui passa por atendimento e tem que voltar pra casa. É muito complicado* (enfermeira 02, mulher, 30 anos).

> *Elas mesmas não querem denunciar o companheiro, tem medo, tem vergonha de ir ate uma delegacia especializada, ou por depender dele financeiramente, ou tem criança e não tem pra onde ir ou não tem serviço, uma dependência dele seja financeira seja de moradia, não tem como romper esse vínculo de uma hora pra outra* (enfermeira 07, mulher, 31 anos).

Segundo Day et al. (2003) elas não vêem outras possibilidades de vida e, suas reações à violência são, frequentemente, limitadas às opções que têm a sua disposição.

Schraiber et al. (2003) afirmam que situações de violência têm mostrado ser uma vivência de difícil revelação, quer no âmbito da pesquisa científica, quer no âmbito de práticas sociais de assistência, como a saúde. Há o fato das mulheres não quererem contar, mas há também a hipótese de que, quando o querem, não sabem a quem e como fazê-lo.

As mulheres muitas vezes também, não revelam a violência sofrida ou porque se sentem envergonhadas, culpadas, ou porque não lhe dão crédito no que relatam e não recebem apoios institucionais para lidar com o problema (SCHRAIBER et al., 2003). Dessa forma, apesar das mulheres em situação de violência procurarem mais pelos serviços de saúde do que aquelas que não se encontram nessas circunstâncias, em decorrência dos efeitos crônicos da agressão, os serviços acabam não tendo a capacidade de ajudá-las.

Alguns dos profissionais entrevistados não perguntam porque não vêem qual a intervenção a ser feita, não se sentem habilitados, acham que não tem tempo para atender como deveriam, por ser este um problema por demais complexo ou sentem o assunto muito próximo, e acima de tudo, por não admitirem que este seja um problema da atenção à saúde:

> *Não é aqui que elas têm que procurar, é a policia. Elas vêm procurar aqui com corte, sangrando* (enfermeira 03, mulher, 45 anos).

Assim, por não encontrarem recursos para lidar com a situação, as mulheres permanecem na situação de violência, mantendo-a na invisibilidade. Segundo Baraldi (2009), cerca de 10% dos profissionais de saúde nunca inquiriram sobre a violência de gênero e Sugg et al. afirmam que de 23 a 32% dos profissionais nunca o fizeram, o que mostra que, para parte dos profissionais, de fato é algo desnecessário.

Além disso, como refere a enfermeira acima, muitas vezes o que ocorre é a situação ser reconhecida pelo profissional como violência mas não ser reconhecida como objeto de intervenção da saúde. Em muitos casos então, o profissional opta por intervir por questões pessoais e não profissionais. Por não reconhecer nenhuma qualidade técnico-científica nesse agir, acaba considerando tais ações deslocadas e ineficazes (KISS & SCHRAIBER, 2011).

5.2.5. Médicos e enfermeiros: Percepções sobre a violência

Segundo Day et al. (2003) em todo o mundo, 1 em cada 3 mulheres já sofreu alguma forma de abuso durante a vida, sendo o agressor, geralmente, um membro

de sua própria família. A violência contra as mulheres é o tipo mais generalizado de abuso dos direitos humanos e o menos reconhecido.

A violência representa um risco para a realização do processo vital humano uma vez que ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidades e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima.

A Organização Mundial da Saúde, assim como o Ministério da Saúde, assumiram em diversos documentos e portarias o problema da violência contra a mulher como um grave problema de saúde pública, apontando para a necessária e urgente qualificação do sistema para um atendimento que dê conta da problemática que, além de acarretar sérias conseqüências para as mulheres, compromete também o desenvolvimento socioeconômico do país.

Apesar dos entrevistados conhecerem os tipos de violência e as suas causas, a maior parte desconhece a prevalência devido à invisibilidade que a questão sofre nos serviços de saúde.

Muitos dos profissionais de saúde entrevistados ainda associam a vivência da violência à existência de marcas físicas o que gera uma dificuldade em identificar casos em que tais marcas não existem. Assim, tais profissionais ainda acreditam que outros casos de violência não chegam aos serviços de saúde, mas na verdade, eles não os reconhecem.

Mesmo identificando a situação, muitas vezes esses profissionais às ignoram – percebem comportamentos e contradições, mas como as mulheres não confirmam, eles não agem. Segundo Batista (2005), lidar com a questão da violência em sua totalidade implica identificar os casos, acolhê-los e dar cuidado/assistência, produzindo respostas possíveis a cada situação. Porém, há filtros entre esses passos que geram perdas de casos, o que faz com que a haja acolhimento e assistência insuficientes.

Em contrapartida, a violência sofre uma invisibilidade para as próprias mulheres que, muitas vezes não reconhecem as situações vividas como sendo de violência e, quando o fazem, não sabem como agir e a quem procurar para relatar o fato. Isso torna ainda mais importante, como veremos adiante, o questionamento dos profissionais acerca da violência.

Há questões macro e micro-sociais que explicam as dificuldades de percepção e atenção à violência, tais como fatores pessoais e aspectos culturais e sociais derivados do sistema de gênero dominante e das representações sociais a

isso vinculadas (HERRERA et al., 2006). Os profissionais de saúde são, antes de tudo, pessoas que compartilham os mesmos valores culturais e, às vezes vivem os mesmo níveis de violência daqueles a quem devem tratar e dar apoio. Há ainda fatores político-institucionais relacionados com a maneira com a qual o problema é definido no espaço público e tratado pelas políticas públicas.

A posição marginal que a violência ainda ocupa como objeto de intervenção da saúde não permite que ela seja incorporada na construção do trabalho, sendo remetida a campos distintos de intervenção, tomada como uma cadeia de causalidades que escapa ao espectro da saúde.

O reconhecimento do problema da violência pela saúde vem ocorrendo de forma lenta e fragmentada, mas progressiva. Diversos profissionais ainda não reconhecem que a questão da violência pertence à esfera da saúde, o que muitas vezes, também dificulta a identificação e assistência aos casos.

Além disso, ainda há um pensar e um agir pautados nos pressupostos e organização da clínica que privilegia as lesões e disfunções orgânicas fazendo com que os eventos não reconhecidos como tal permaneçam excluídos da formulação diagnóstica e terapêutica (KISS & SCHRAIBER, 2011).

Para muitos enfermeiros entrevistados, que, como já foi dito são, em sua grande maioria mulheres, a questão da culpa continua presente, vinculada mais uma vez à desestruturação familiar e, nesse momento, ao desencadeamento da violência. Percebemos ser um discurso amplamente incorporado pelas mulheres e que pode ser entendido se observado pela ótica de gênero, mesmo no que se refere à questão da violência.

Para lidar com a questão da violência, é preciso colocar em prática ações que promovam o empoderamento do feminino, interfiram nos padrões machistas da sociedade, assegurem um atendimento qualificado e humanizado às mulheres em situação de violência. Enfim, iniciativas que garantam o acesso a todas as mulheres a seus direitos nas mais variadas dimensões da vida social e que resultem em mudanças de padrões culturais vigentes (BRASIL, 2007).

Por isso, é fundamental entender como os valores e concepções de gênero, a percepção das causas e conseqüências e os efeitos destas afetam a interação entre mulheres, profissionais e serviços.

5.3. Sobre a prática profissional

Essa categoria aborda, primeiramente, a forma como os profissionais identificam e atuam nos casos de violência e se devem ou não interferir em tais questões. Posteriormente, analisamos as dificuldades que eles encontram nesse sentido e os sentimentos relacionados a tais situações.

5.3.1. Identificação e atuação nos casos de violência: devem ou não interferir?

Médicos: "*Eu meto a colher sim*"

Encontramos uma certa divergência nos discursos médicos quanto à responsabilidade profissional em relação aos casos de violência contra a mulher. Três profissionais entrevistados acreditam serem responsáveis por tomarem atitudes diversas perante os casos que identificam:

> *Se cair comigo, eu vou tentar colaborar, vou tentar interferir da melhor maneira possível para que ela tenha uma solução no caso dela. Se tiver que denunciar, vamos denunciar e dar força para ela na denúncia* (médico 01, homem, 55 anos).

> *Conversa de marido e mulher, não põe a colher... Eu acho assim, se você é amigo só, ou então não é nem tão muito amigo talvez seja melhor você nem dar palpite mesmo. Mas ginecologista não tem como. Porque elas trazem o problema pra gente, o problema é colocado para nós: "O que o senhor acha, o que o senhor pensa, o que o senhor faria no meu lugar?". Eu não posso simplesmente falar: "ah, não sei, resolva o teu problema"* (médico 01, homem, 55 anos).

> *Tem que encaminhar, que orientar a paciente, chamar, se for possível, às autoridades competentes e tentar resolver* (médico 03, homem, 52 anos).

> *Eu meto a colher sim (risos). Primeiro eu acho assim, o fim da agressão física* (médica 05, mulher, 29 anos).

> *Com o adulto, a gente é mais limitado. Mas eu acho que orientação, nós sempre podemos abordar. Eu tenho que orientar uma pessoa que tá com risco de uma doença sexualmente transmissível, eu tenho que indicar que ela pode correr riscos de saúde se ela sofrer determinados tipos de violência física e tenho condições de dizer, de conversar com ela sobre o quanto a vida afetiva dela pode estar interferindo, até somatizando doenças, uma série de coisas que pode fazer parte aí dos traumas psicológicos* (médica 11, mulher, 48 anos).

Sabemos que a violência contra a mulher é um problema altamente prevalente, que gera diversas conseqüências para as pessoas que vivenciam seu ciclo e que, os serviços de saúde são a porta de entrada para as mulheres em tal situação.

Segundo Carreira & Pandjairjian (2003), é encargo dos profissionais de saúde identificar, acolher e realizar os procedimentos adequados visando o atendimento integral à saúde da mulher e, os profissionais acima possuem uma noção de suas responsabilidades ao afirmarem serem de sua alçada orientar, encaminhar e procurar a rede de apoio existente, visando o melhor suporte possível à paciente.

Para isso, como já foi citado anteriormente, a capacidade de acolhimento e escuta ativa são fundamentais, como afirmam os profissionais abaixo:

> *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, 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* (médico 01, homem, 55 anos).

> *Você tem que ter uma sensibilidade, você tem que saber como conversar com essa paciente* (médica 05, mulher, 29 anos).

> *Grosso modo, é a confiança. Eu estímulo ela a sempre vir na consulta, sempre em busca* (médico 08, homem, 47 anos).

A Organização Mundial de Saúde em seu Relatório mundial sobre violência e saúde (2002) recomenda a adoção de perguntas diretas na abordagem da mulher em situação de violência, além da importância de confrontar a vítima, relevante passo para tirar a violência da invisibilidade e para a mulher pedir ajuda se vive em situação de violência. Ao contrário de tal recomendação, Baraldi (2009) afirma que os profissionais tendem a abordar as usuárias de forma indireta e não insistir nas perguntas.

Nesse sentido, Schraiber et al. (2003) afirmam que os profissionais de saúde devem tomar consciência da magnitude do problema da violência e suas conseqüências para a saúde da mulher e promoverem um atendimento baseado no acolhimento e no respeito para que a paciente possa sentir-se confiante em expor suas questões e possa dar prosseguimento ao caso. Além disso, afirmam que é fundamental escutá-la sem julgamentos ou preconceitos, para assim, poderem esclarecer quais os riscos que ela corre.

No sentido de uma assistência adequada, pudemos notar que apenas alguns médicos referem preencher a ficha de notificação:

> *A ficha de notificação individual de violência doméstica, sexual ou outras violências. Daí que a gente preenche. Daí a gente preenche que é o que cabe a gente fazer. O que quê eu posso fazer, além disso? Ir lá, ouvir a paciente, ajudar levar pra pessoas que às vezes a gente não pode. Não posso ir lá na casa dela. A gente passa pros serviços que são necessários* (médico 7, homem, 55 anos).

> *O quê que eu posso fazer? Eu posso fazer isso, notificar. Que às vezes você fala assim: "Ah, não vou perder tempo com isso não". Olha, cabe a gente a notificar, fazer essa notificação* (médico 10, homem, 41 anos).

> *Se ela vem aqui, queixa disso e eu não notifico, amanhã, se tiver algum problema, alguma coisa, eu vou ser questionado porque que eu não notifiquei* (médico 10, homem, 41 anos).

Entende-se por código de ética o conjunto de normas e princípios morais que devem ser observados no exercício de uma profissão. É, baseado nele, que o profissional pode tomar decisões e adotar condutas para o desenvolvimento de seu trabalho.

O artigo 66 do Decreto-lei 3688 de 1941 (BRASIL, 1941) reconhece como contravenção penal a omissão do profissional de saúde que não comunicar crime do qual tenha tomado conhecimento por meio do seu trabalho. Fora do âmbito penal existe a Lei de Notificação Compulsória da Violência Contra a Mulher, Lei 10.778 de 24 de novembro de 2003 (BRASIL, 2003), que obriga os serviços, públicos ou privados a notificar casos suspeitos ou confirmados de violência de qualquer natureza contra a mulher.

O código de ética médica traz em seu artigo 6º, o dever que o profissional tem de preservar a dignidade e integridade de seu paciente, estabelecendo a responsabilidade do médico, segundo Saliba et al. (2007), na comunicação dos casos de violência uma vez que, ao notificar, estaria zelando pela saúde de seu paciente.

No artigo 49 tal responsabilidade fica mais evidente ao afirmar que é vedado ao médico: “participar da prática de tortura ou outras formas de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, ser conivente com tais práticas ou não as notificar quando delas tiver conhecimento” (CFM, 1988). A maior preocupação do documento é com a omissão, ou seja, com a possível pactuação do profissional com a situação de violência o que deixa claro que, tão importante quanto à identificação da violência, é a sua notificação que, geralmente, segundo Saliba et al. (2005), não ocorre.

Há alguns médicos que afirmaram ser seu dever apenas orientar e acolher as pacientes, mas que a notificação/denúncia só deve ser feita com o aval da paciente ou por ela mesma, o que não condiz com o que vimos acima. Em vários momentos parecem confundir notificação com denúncia, utilizando tais termos como sinônimos:

> *Em termos de pessoas adultas, com mulher, eu fico pensando, meu trabalho é com ela. Eu acho que a denúncia tem que ser feita por ela, não cabe ao ginecologista, ao médico dizer: "Não, você tem que fazer isso ou então eu vou denunciar". Com*

adolescente e a criança tudo bem, mas com um adulto (médica 02, mulher, 37 anos).

Denunciar. Denunciar, obviamente com aval da pessoa. Eu acho que não pode passar por cima da vontade da pessoa, porque 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. 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, do que você chegar e dizer: "Vou fazer". Aí, se você for, ela não volta mais, ela pode apanhar mais vezes, mas ela não vai voltar. Então, denunciar sim, mas com, fazer com que a mulher conceda que você faça essa denúncia, ou então, você convença a mulher a fazer a denúncia (médico 01, homem, 55 anos).

Outros médicos acreditam que seu papel é o de orientar as mulheres em tais situações a procurarem outros profissionais, mais qualificados para ajudá-las como assistentes sociais e profissionais de saúde mental que, segundo eles, seriam mais experientes em lidar com tais situações. Alguns ainda o fazem por entenderem que as mulheres precisam de cuidados especializados, alguns por acharem que não é sua responsabilidade mesmo e, outros, por não se sentirem capazes de lidar adequadamente com tais casos:

Na maioria das vezes eu procuro falar isso, que há necessidade de um psiquiatra (médica 04, mulher, 36 anos).

Não lidamos com isso. A não ser que ela procure ajuda. Se ela procurar, nenhum problema, certo. manda pro psicólogo (médico 12, homem, 57 anos).

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 (médico 07, homem, 55 anos).

> *Quando a gente percebe que ela não quer falar mesmo, manda para o serviço social, conversar um pouco com ela, para ver se ela fala alguma coisa* (médico 03, homem, 52 anos).

> *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. A prevenção disso eu acho que é não casar com bebum, a primeira coisa (médico 07, homem, 55 anos).*

> *Procurar encaminhar pra alguém que entenda do assunto porque você pode estragar mais* (médico 07, homem, 55 anos).

A situação de violência, como qualquer outro fenômeno com a sua complexidade, deve ser cuidada por uma equipe multiprofissional e integrado em uma rede de apoio. Porém, é importante salientar que, segundo afirmam Camargo-Borges & Cardoso (2005), a mulher deve, inicialmente, ser acolhida pelo profissional que ela escolheu como interlocutor uma vez, que toda e qualquer ação tomada nos serviços de saúde, são terapêuticas.

O procedimento de encaminhar as mulheres a outros profissionais e serviços condiz com a rede de serviços proposta por Carreira & Pandjiarjian (2003), que enfatizam a necessidade de uma atuação conjunta entre instituições e profissionais para o enfrentamento da violência contra a mulher.

A enfermagem foi citada por alguns dos profissionais entrevistados como complementar aos cuidados de mulheres em situações de violência, auxiliando nos encaminhamentos e notificações, muitas vezes, novamente, por não saberem o que fazer e mesmo, por acreditarem não ser da sua alçada fazer determinadas coisas:

> *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* (médico 01, homem, 55 anos).

> *Tem que ter a enfermeira-chefe que coordena. Elas não fazem nada enquanto enfermeira, então tem que coordenar essas coisas. Tem que saber onde tá a notificação: "Dr., o senhor tem que notificar. Oh,*

> *agora nós vamos ligar para a delegacia". Tudo isso ela tem que saber e não vá brigar na sua tese para médico saber disso, por que isso não nos interessa, isso não é importante. Quem tem que saber disso é a administração do posto* (médico 01, homem, 55 anos).

> *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* (médico 10, homem, 41 anos).

> *Quem é o grande elo entre o médico e as situações específicas é sempre a enfermeira* (médica 09, mulher, 30 anos).

> *Isso não cabe a nós. Meu trabalho começa você entrando aqui como paciente, não quero saber onde fica essa delegacia, se fica no Ipiranga, se fica na vila Tibério, fica em Jardinópolis, fica na rodovia, não tô nem aí* (médico 01, homem, 55 anos).

Em contrapartida a tudo que foi dito anteriormente, dois médicos afirmaram não ter nenhuma responsabilidade com os casos de violência contra a mulher, como podemos ver a seguir:

> *Eu não atendo. De um modo geral, não chega esse problema pra mim. Esse problema não chega pra mim (violência)* (médico 14, homem, 46 anos).

> *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 meu problema é suturar o braço dela, certo?* (médico 12, homem, 57 anos).

As abordagens dos médicos acima citadas não mantêm a violência afastada dos serviços de saúde. As mulheres que a sofrem buscam atendimento nas unidades e, como refere um dos médicos, a assistência, com raras exceções, se resume ao tratamento dos sintomas e das lesões e, assim, a causa dos problemas

permanece negligenciada, o que ocasiona a persistência dos danos físicos, psicológicos, sociais e a busca repetitiva pelos serviços.

A evolução do conceito de saúde, entendido atualmente como sendo a promoção de qualidade de vida e do exercício de cidadania, parece não ter sido incorporado por tais médicos que permanecem com uma noção positivista de que a saúde é a ausência de doenças e ignoram o conceito de integralidade de ações, não levando em conta que outros fatores possam estar envolvidos com as queixas de suas pacientes, como a vivência da violência.

Enfermeiros: "T*em que meter a colher sim, antes que seja tarde demais"*

Enquanto coordenador da equipe de enfermagem e figura ativa no acolhimento dos pacientes, o enfermeiro é uma peça chave para a identificação e cuidado das mulheres em situação de violência, uma vez que mantêm uma relação de vínculo e confiança com os usuários (DALTOSO, 2009).

Nesse sentido, vários enfermeiros trouxeram em suas falas a sua responsabilidade em intervir nos casos que chegam aos serviços:

> *Deve (bastante enfática). Eu acho que deve. Você não vai ver uma pessoa espancar a outra e deixar quieto porque é marido e mulher sabe, você vê uma pessoa ser espancada, ser humilhada, tem que meter a colher sim, antes que seja tarde demais* (enfermeira 07, mulher, 31 anos).

> *Dependendo da classificação de risco das agressões. Se é uma agressão verbal, eu acho que a gente tenta ventilar, conversar com a pessoa, referenciar pra um serviço se precisar e notificar* (enfermeira 10, mulher, 45 anos).

> *Você tenta responder ao que aconteceu com a pessoa, dar conta da agressão, usar algum medicamento, uma coisa talvez mais somática mesmo* (enfermeiro 01, homem, 53 anos).

> *Faz a notificação e encaminha pro HC, porque geralmente tem que iniciar algum medicamento (violência sexual)* (enfermeira 04, mulher, 32 anos).

> *O que a gente já tem feito, é fazer a notificação, encaminhar pra um serviço social né? Nós não podemos intervir na vida do paciente, denunciar pra policia. Isso daí a gente não pode fazer porque, pela ética, a gente não pode estar fazendo. Mas a gente avalia o risco e encaminha* (enfermeira 06, mulher, 33 anos).

Pesquisa realizada com profissionais de saúde de Ribeirão Preto – São Paulo indicam que as enfermeiras jovens apresentam maiores escores em relação à afirmação que o profissional deva encorajar a mulher a sair da situação de violência, fornecer endereços de outros locais de atendimento, estar alerta para perceber a violência, sendo esta diferença estatisticamente significante (VIEIRA et al., 2009).

As falas acima abordam os mais diversos tipos de intervenção – desde encaminhar os casos de violência sexual para a referência, acolher, medicar e encaminhar os pacientes até a notificação e são de profissionais homens e mulheres e com as mais variadas faixas etárias.

Podemos notar que ainda há um privilégio de aspectos físicos em detrimento de aspectos emocionais e mesmo sociais nos cuidados, o que demonstra a dificuldade em se oferecer um cuidado integral nos serviços de saúde. Por isso, a abordagem interdisciplinar e em rede é fundamental.

Apenas duas enfermeiras falam sobre a importância da notificação e sobre a sua função, diferenciado-a da denúncia, como podemos ver na fala da enfermeira 06 que diz fazer a notificação, mas que a denúncia, cabe à mulher fazer. Isso também aparece na fala abaixo:

> *A gente notifica, mas só notificação pra vigilância* (enfermeira 05, mulher, 30 anos).

A notificação profissional, que é um dever passível de responsabilização por omissão, contribui para dimensionamento epidemiológico do problema da violência, permitindo o desenvolvimento de ações e programas específicos (SALIBA et al., 2007).

Apesar disso, alguns enfermeiros ainda não se posicionam diante da violência contra a mulher como profissionais. Ao falarem da necessidade de intervir nos casos, posicionaram-se como cidadãos comuns, levando as situações para um plano pessoal ao invés de levarem para o seu campo de atuação profissional:

> *Se a pessoa mesmo não consegue se defender, o que você vai fazer? Você vai lá e briga com uma pessoa dessa? Vai se envolver numa questão dessa? Vai tirar uma mulher espancada e levar pra sua casa? Vai denunciar pra policia um cara perigoso desse, que pode estar armado, que vai fazer mal pra sua família?. Você vai interferir lá numa pessoa que você nem conhece? Agora, se é da sua família, um irmão, uma irmã né?* (enfermeira 03, mulher, 45 anos).

> *A gente de fora, quando a coisa atinge assim, um grau que parece que foge do controle, principalmente com os familiares, as pessoas que estão próximas, eu acho que tem que ficar assim, num primeiro momento, de observador tem que pesar, tentar se aproximar, ver como as coisas... É, assim de uma forma bem sutil* (enfermeira 04, mulher, 32 anos).

Segundo Rodrigues-Bolanõs et al. (2005), essa visão, que considera a violência como um problema privado e, portanto, fora do campo de atuação profissional, leva diversos profissionais de saúde a não tomarem condutas frente aos casos, favorecendo que a violência permaneça na invisibilidade e, as mulheres, sem amparo.

Além disso, apesar da questão da violência estar inserida no escopo da saúde pública desde a década de 1960, ainda não se encontra totalmente assimilada pelos profissionais, que não concordam com a introdução de tal assunto no campo da saúde considerando que esta não seja uma problemática que deva ser encarada sob tal perspectiva (SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 1999).

Segundo Vieira et al (2009), 27,8% dos profissionais entrevistados em uma pesquisa realizada em Ribeirão Preto não consideram a violência de gênero um problema da saúde e a autora acredita que isso possa ser explicado pelo fato do tema não fazer parte do currículo das escolas de saúde e não ser, portanto, abordado como um problema da área.

Assim, os cuidados com tal questão ainda não estão totalmente incorporados nas práticas cotidianas dos serviços que acabam por construir uma noção de que devem intervir somente quando há uma maior gravidade na situação, como afirmam os profissionais abaixo:

> *A não ser que é uma coisa muito grave, como agressão física, que às vezes a gente, como profissional, tem que intervir e às vezes até fazer denuncia. Você não vai deixar a outra apanhar, se machucar. E, às vezes chegar num extremo de até ter uma conseqüência, né? A gente tem que, às vezes, apartar mesmo, interferir neste sentido até pra preservar a integridade física do outro. Então tem essas coisas também, a gente profissional tem que ter isso, tem que meter a colher porque se não, o outro morre* (enfermeira 08, mulher, 48 anos).

> *Se dentro de casa os dois brigam, mas não há risco de vida, de morte, tudo bem, eles que se entendam. Você não pode interferir. Mas a partir do momento que a pessoa tá correndo risco de vida, eu tenho que interferir. Mas eu não vou interferir de uma forma direta* (enfermeira 02, mulher, 30 anos).

A desinformação e despreparo dos profissionais são, sem dúvida, um dos motivos da invisibilidade da violência, assim como a estrutura falha dos serviços, e diversos aspectos sociais. A fala da enfermeira abaixo resume bem a urgente necessidade de mudanças:

> *Eu acho que nós somos muito omissos em relação a isso. Nós, a sociedade como um todo. A sociedade civil acaba sendo omissa por causa desse jargão. Muitas vezes você acaba indo fazer uma interferência e ai vira a historia da orelha que eu te contei. E mais, a sociedade civil deveria ser mais participativa neste sentido, de estar impedindo, de estar denunciando essas agressões, independente de quais desdobramentos vai ter isso, porque pode virar até pessoal isso né? Mas penso que o caminho seria sim estar denunciando e estar tendo uma participação mais ativa porque, se eu ouço, se eu vejo um casal que briga todo dia, se chega no meu serviço, eu tenho*

> *que estar notificando sim, eu acho que tenho que estar investigando o que aconteceu e analisar isso enquanto profissional e enquanto civil, enquanto um membro da sociedade* (enfermeira 10, mulher, 45 anos).

3.2. Dificuldade e sentimentos em relação à violência

Médicos: ***"Porque o médico não atua, não está atuando, porque não sabe como atuar"***

O setor de saúde é uma das chaves para detecção, prevenção, atenção e seguimento dos problemas originados com a violência, mas não tem respondido de forma efetiva a isso.

Há, segundo Herrera et al. (2006), barreiras como medo de ofender ao paciente, falta de tempo e de treinamento além de, muitas vezes, os próprios profissionais serem fruto da mesma tradição cultural, o que pode fazer com que não julguem de maneira negativa as atitudes que dão suporte ao abuso contra as mulheres.

As barreiras trazidas por alguns dos médicos entrevistados, que dificultam ou impedem a atuação nos casos de violência contra a mulher, foram tanto do âmbito institucional quanto do pessoal.

Institucionalmente, a dificuldade trazida foi a própria organização do trabalho dos médicos que os impede de terem uma abordagem mais profunda e humanizada nos atendimentos:

> *Mas, do jeito que tá, não vai rolar. Eles querem volume, eles não querem qualidade. Aparece mais nos números se eu atendi 30 pacientes do que se eu atendi 5 e eu fiz uma terapia com cada um deles. Então, o quê que a gente fazia para ter volume? Eu fazia uma palestra, punha trinta na palestra: "Olha que tanto de gente que eu atendi!"* (médico 04, homem, 36 anos).

No esquema que a gente tem aqui, tendo que atender 15 pacientes em determinado tempo fica difícil você fazer um trabalho desses (médico 14, homem, 46 anos).

Posto de saúde é um corre-corre muito grande, você entra, conta tua história, te examina, daqui a pouquinho você está saindo e, nesses casos, teria que ser um atendimento um pouco mais demorado. Você vai lidar com mulher que às vezes está chorando, não vai ter de informar nada no começo, entendeu? (médico 01, homem, 55).

Para você comprar aquela briga, às vezes não dá tempo mesmo. É desumano querer que a gente atenda 14 pacientes em 4hs, onde que eu tenho que conversar, eu tenha que examinar, eu tenho que prescrever, pedir os exames ou checar os exames e ainda querer ficar abordando a parte filosófica da história. A gente não dá conta, então a gente delega (médica 04, mulher, 36 anos).

Na verdade eu tô fazendo muito pouco. Porque você esbarra em tantas dificuldades aqui. Primeiro que quase não tem tempo, é quinze minutos a consulta, mas pra você fazer uma orientação sexual mesmo, ou então de agressão, de conversar com a mulher... É muito mais que isso então, esse é um obstáculo (médica 05, mulher, 29 anos).

Outro ponto trazido por um dos médicos como barreira para o atendimento de tais casos é a própria dificuldade das mulheres em tomar providências, apesar das orientações que recebem:

Ela apanha toda vez e não faz nada, não faz nada. A gente chama o serviço social, orienta ela, aconselha a ir, mas ela não faz. O que vai acontecer? Vai voltar agredida novamente. Este é o problema. A gente orienta, faz tudo, a gente chama o serviço competente. Às vezes eu fico 15, 20 minutos conversando com ela, tento ganhar confiança dela, para ver se ela conversa alguma coisa, se ela faz alguma coisa. É um tipo de dificuldade (médico 03, homem, 52 anos).

Rodrigues-Bolaños et al. (2005) afirmam que, além das barreiras já citadas acima, como o curto espaço para consultas, de capacitação e informação sobre suas responsabilidades e falta de privacidade também dificultam o trabalho. Vieira et al. (2009) citam aspectos como as mulheres não relatarem a violência, a falta de interesse e conhecimento dos profissionais. Segundo os autores, as mulheres muitas vezes não relatam por não serem perguntadas e o desconhecimento da real dimensão da violência é coerente com a falta de interesse e desvalorização do tema.

Herrera et al. (2006) acreditam que muitos profissionais acabam mantendo um certo distanciamento para evitar frustrações frente a um problema para o qual não se sentem preparadas para lidar, como podemos ver em diversas falas dos entrevistados:

> *A gente não tem pra onde mandar* (médica 05, mulher, 29 anos).

> *Eu não sei quais os passos certinhos. 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* (médica 09, mulher, 30 anos).

> *Eu sozinho não vou dar conta de resolver. E a gente aqui não tem isso, é muito difícil… nem o básico a gente tem* (médico 14, homem, 46 anos).

> *Nós temos tantos problemas, e é preciso priorizá-los. Eu não sei se às vezes um médico clínico, quer dizer, eu acho que ele não tem capacidade pra abordar esse tipo de caso, entendeu? Na verdade, o médico não tem formação pra isso* (médico 07, homem, 55 anos).

> *Eu acho que a gente é muito mal educado nesse sentido, a gente sabe tirar do risco de vida, mas não sabe como ajudar, ou fazer a conexão pra essa pessoa ter uma vida normal* (médica 04, mulher, 36 anos).

> *Nós podemos ter uma Lei Maria da Penha, mas nos não sabemos... Nós orientamos, 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* (médica 11, mulher, 48 anos).

> *A gente pegava na graduação muitos casos de agressão, mas não era abordado como a gente conversar com a paciente, isso não era. Na verdade a gente atendia, na hora a gente identificava o problema, mas depois até, às vezes, saía da sala, porque aí ia o docente. A gente não sabia como fazer* (médica 05, mulher, 29 anos).

Alguns profissionais verbalizaram a sensação de inaptidão que acreditam ser gerada pelo desconhecimento da rede de apoio existente, pelo sentimento de desamparo e por não terem tido formação para lidar com a questão. Tal situação gera sentimentos de preocupação, impotência, revolta e angústia nos médicos:

> *A gente sente completamente impotente* (médica 09, mulher, 30 anos).

> *Preocupação sim, dificuldade não. De que a paciente não faça aquilo que tem que ser feito* (médico 03, homem, 52 anos).

> *Isso me angustia muito. O que me angustia é o depois: "Olha, você tem que fazer* (médica 02, mulher, 37 anos).

> *Meu sentimento é de revolta, de indignação* (10, homem, 41 anos).

> *Eu fico triste com o ser humano* (médico 07, homem, 55 anos).

Deslandes et al. (2000) consideram que muitas vezes profissionais de saúde não estão sensibilizados com a questão da violência contra a mulher e que isso pode ser um dos fatores que geram a sub-notificação e o sub-reconhecimento observado nos serviços de saúde.

Ao contrário do que foi trazido pelos autores, acreditamos que a violência causa sim sofrimento e medo nos profissionais o que acaba, juntamente com a falta de conhecimento técnico, tornando-os impotentes em em face da complexidade da situação. Assim, de fato há uma sub-notificação, um sub-registro e uma não-intervenção, tornando as capacitações fundamentais para que o acolhimento e condutas adequadas possam ser feitos.

Enfermeiros: *"Toda vez que chega qualquer caso de violência, é um problema. Todo mundo fica um pouco perdido no atendimento"*

Como vimos, a violência contra a mulher sofre uma invisibilidade de origem social, em decorrência de idéias segundo as quais, por ser vivida entre parceiros íntimos, é um problema privado que só pode ser resolvido pelos envolvidos. Tal fato, entre outros tantos, gera dificuldades para os profissionais lidarem com a questão da violência. Para alguns enfermeiros entrevistados, uma barreira encontrada é a própria falta de preparo/formação e a inexperiência em atender tais casos:

> *Tem muita coisa que a gente não sabe. O que abordar primeiro, o que perguntar primeiro, o que enxergar primeiro. Sabe assim, em parada você sabe o que você tem que fazer primeiro, agora na agressividade, é difícil* (enfermeira 11, mulher, 61 anos).
>
> *Na minha formação, ficou a desejar mesmo* (enfermeira 06, mulher, 33 anos).
>
> *Eu acho que o enfermeiro não é muito preparado pra abordar, o médico menos ainda, a não ser pra atender a lesão. É complicado* (enfermeira 10, mulher, 45 anos).

Devido à falta de preparo para lidar com os casos de violência, tais profissionais acabam favorecendo um atendimento embasado no modelo biomédico tradicional que não atende às necessidades demandadas por uma situação tão complexa quanto à violência contra a mulher.

Oliveira & Fonseca (2007) afirmam que a impotência sentida pelos profissionais faz com que reconheçam apenas o que já conhecem, ou seja, o

atendimento clínico medicalizante, conduta que leva a um aumento da vulnerabilidade da mulher, que continua exposta à violência, como afirma a enfermeira abaixo:

> *Também vai depender da disponibilidade interior do profissional que esta atendendo. Porque nem sempre ela vai se sentir à vontade pra falar de fato o que foi que aconteceu e então, fica sub-notificado na receita de Diazepan, Fluoxetina. Faz a terapia medicalizante e de fato você não sabe o que esta acontecendo* (enfermeira 10, mulher, 45 anos).

Assim, muitos dos profissionais afirmam atuar prioritária e, às vezes, exclusivamente sobre os danos físicos, favorecendo uma sub-notificação e a invisibilidade da violência. A falta de preparo em lidar com a violência é tanta, que uma enfermeira admite ficar aliviada quando não se depara com a questão:

> *Eu me sinto muito aliviada quando à noite que eu estou de plantão, durante meu período, e não aparece ninguém sabe* (enfermeira 11, mulher, 61 anos).

Um dos profissionais chega a afirmar que "*o processo tão difícil que às vezes tem caso que a gente até deixa pra lá"* (enfermeiro 01, homem, 53 anos). Ou seja, por não saber lidar com a situação, passa a ignorá-la, o que talvez justifique o relato que afirma haver uma falta de interesse e comprometimento dos profissionais em atender tais casos:

> *Muita gente aqui não sabe nem como que é o protocolo de atendimento à violência e não quer saber também. Não se interessa em saber* (enfermeira 04, mulher, 32 anos).

Há um sofrimento em não saber lidar com a situação, que é gerado e gera sentimentos como tristeza e frustração. Assim, como afirma um entrevistado, os profissionais acabam racionalizando pra poderem lidar com as mulheres em situação de violência:

> *Nós tentamos racionalizar até a dor pra poder atender quando você vê a gravidade com que as agressões foram se agravando* (enfermeira 10, mulher, 45 anos).

Nesse sentido, Schraiber et al. (2003) afirmam que muitas das dificuldades de comunicação entre pacientes e profissionais, que acabam gerando uma precariedade no acolhimento e assistência às mulheres, devem ser entendidas como reflexo do medo, preconceito e descrédito sentidos tanto pelos profissionais quanto pelas usuárias.

A falta de preparo leva os profissionais, muitas vezes, a agir de acordo com sua conduta moral pessoal. Isso faz com que os padrões tradicionais de gênero, como a clássica visão da mulher percebida exclusivamente como mãe, esposa, dona de casa, cuidadora da família e mediadora entre o domicílio e os serviços, interfira nas ações. Tal fato evidencia os problemas e desafios para lidar com as dimensões sócio-culturais das queixas (SCHRAIBER, 2005).

Ao lermos os relatos abaixo, tal situação fica bastante clara:

> *Eu sinto primeiro uma revolta por permitir que essa mulher se submeta a isso e sinto pena porque às vezes ela não tem, ela não quer ter e não tem opção. Tem filhos então, eu acho isso uma coisa complicada* (enfermeira 05, mulher, 30 anos).

> *Sinto tristeza, porque eu acabo me colocando na pele dessa pessoa e eu acho que não tem como você não se emocionar com os relatos e acabar se sentindo agredida por tabela enquanto mulher. Eu fico muito triste cada vez que ouço relatos de agressão. Em outros momentos eu fico com raiva porque às vezes são repetitivos e você acaba orientando "olha vamos avaliar se compensa a senhora continuar com ele"* (enfermeira 10, mulher, 45 anos).

> *Muita tristeza, têm momentos que eu sinto raiva, vontade de fazer justiça com as próprias mãos ah, se eu pudesse eu botava o condenado na cadeia* (enfermeira 10, mulher, 45 anos).

Médicos e enfermeiros: Sobre a atuação profissional

Com poucas exceções, tanto os médicos quanto os enfermeiros entrevistados parecem possuir um bom potencial para o manejo adequado dos casos de violência contra a mulher se forem capacitados.

Muitos deles falham ao não questionar ou tomar providências perante o fato e, nesse sentido, médicos e enfermeiros deixaram claro que se sentem despreparados para lidar com tais casos e entendem tal fato como uma grande dificuldade para o atendimento das vítimas.

Os sentimentos vividos frente às situações, muitas vezes gerados pelo próprio despreparo, também apareceram como uma dificuldade para lidar com a questão, tanto para médicos como para os enfermeiros. Porém, no discurso dos enfermeiros esse aspecto ficou mais evidente e reforçado pela postura pessoal tomada muitas vezes.

Em muitos momentos, alguns enfermeiros se colocaram como cidadãos comuns frente às questões relativas à violência, o que não ocorreu com os médicos. Acreditamos que isso tenha a ver com o fato de quase todos os enfermeiros entrevistados serem mulheres, que acabam identificando-se com as pacientes e com as situações vividas.

Oliveira & D´Oliveira (2008) indicam que a prevalência de violência de gênero contra enfermeiras é maior do que a prevalência entre mulheres da população em geral o que poderia explicar as atitudes tomadas, tanto de aproximação pessoal quanto de distanciamento e evitação.

Sabemos que a naturalização das representações de gênero tomadas, muitas vezes, como se fossem determinações biológicas, mesmo sendo construídas socialmente, favorecem a invisibilidade da violência (AQUINO, 2005). Isso, segundo Scavone (2005), além de ocultar o problema, torna sua abordagem e intervenção extremamente difíceis para os profissionais de saúde, como vimos nas análises.

Alguns médicos mostraram uma certa dificuldade em diferenciar a questão da notificação da denúncia, que não apareceu no discurso dos enfermeiros e, talvez por isso, os primeiros atribuam tal função aos segundos muitas vezes.

Outro aspecto que destoa na análise das dificuldades em lidar com a violência foi a questão dos entraves institucionais, trazidos nesse contexto, apenas pelos médicos. Atribuímos tal fato à grande diferença nas funções exercidas pelos

profissionais nos serviços de saúde, que leva os médicos a sentirem alguns aspectos com outro peso na rotina de trabalho.

O fato de não haver nenhuma menção a trabalhos com a prevenção de agravos, nos preocupa, pois, segundo Schraiber et al. (2003), não se pode aceitar a violência como um fato corriqueiro e não se deve reduzir a atenção apenas às suas conseqüências chamando para a responsabilidade dos profissionais, cientistas e outros setores da sociedade a preocupação com a prevenção e intervenções de combate à violência. Uma vez que provoca mortes, lesões, traumas físicos e inúmeros agravos mentais, emocionais e espirituais, além de diminuir a qualidade de vida das pessoas e das coletividades, a violência exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde.

Ainda há uma certa dificuldade dos profissionais em aceitarem a violência como uma questão da saúde tendendo a compreender tal questão como uma problemática das esferas jurídicas e de segurança pública, e não da assistência à saúde o que acaba trazendo mais dificuldades no atendimento dos casos e um aumento da invisibilidade.

Minayo (1994) afirma que "*a violência é, antes de tudo, uma questão social e, portanto, em si, não é objeto próprio do setor saúde*". Porém, não há duvidas de que a violência deve estar contida na saúde uma vez que gera impacto na qualidade de vida das mulheres e pela demanda de atenção e cuidados médico-hospitalares que provoca. Assim, *"a violência é um objeto intersetorial, no qual o campo médico-social se integra"*.

É a partir do atendimento básico que receberem que as mulheres em situação de violência terão ou não condição de enfrentar as conseqüências da violência sofrida e as etapas seguintes de tratamento e reabilitação (BATISTA, 2005). Nesse sentido, a integração dos saberes das ciências biomédicas e sociais, apesar de difícil, é fundamental para a produção de novos conhecimentos necessários para a discussão da questão de gênero, suas implicações na forma de entender e agir dos profissionais e para a construção das redes de apoio.

5.4. Sobre a rede de proteção

Tudo o que proteja às mulheres em situação de violência e possibilite mudanças em sua realidade faz parte da rede de proteção fundamental para os

cuidados adequados em tais casos. Assim, consideramos que ela seja constituída pelos serviços de saúde e seus profissionais, instituições governamentais e não-governamentais, políticas públicas, legislação e sociedade civil.

Nessa categoria buscamos conhecer qual o conhecimento dos profissionais sobre a rede de proteção existente, as dificuldades que encontram para lidar com ela e o que entender precisar existir para um atendimento mais adequado às mulheres em situação de violência.

5.4.1. Os profissionais e seus locais de trabalho

Médicos: *"Primeiro teria que ter médicos mais capacitados"*

Iniciamos a nossa análise abordando a percepção dos profissionais acerca dos próprios locais de trabalho – a organização dos serviços, a forma de trabalho ali estabelecida e a capacitação que possuem para lidar com a questão da violência contra a mulher.

Como já vimos anteriormente, alguns médicos afirmam terem saído de suas formações despreparados para lidar com o fenômeno da violência, uma vez que o tema não é contemplado nos currículos de graduação e mesmo, em algumas pós-graduações. Muitos deles reconhecem a necessidade de passarem por capacitações para lidar adequadamente com os casos:

> *Primeiro ter uma capacitação de como você lidar com esse problema, que não tem* (médica 05, mulher, 29 anos).

> *O que a gente poderia ter? Talvez ter mais acesso a como orientar essas pessoas pra buscarem todos os tipos de recurso, orientações legais de como resolver a situação. Não basta encaminhá-la para uma delegacia, porque ela vai para a delegacia, presta uma queixa. Eu acho que ela precisa ver alternativas de resolver, sem que necessariamente ela se exponha tanto como eu acho que ela se expõe no sistema atual* (médica 11, mulher, 48 anos).

A capacitação profissional deve passar por todos os pontos citados acima e é fundamental para que a assistência seja mais adequada uma vez que, conhecer

todo a rede de proteção, desde os serviços especializados oferecidos até os aspectos jurídicos/legais é imprescindível para que encaminhamentos responsáveis sejam realizados, conforme citado pela médica 11.

De fato, encaminhar sem o conhecimento adequado do funcionamento do serviço e do fluxo deste, não tem o mesmo impacto, podendo gerar a chamada rota critica, processo é descrito pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 1998) que se refere exatamente à situação na qual o paciente faz uma trajetória de idas e vindas, repetindo os mesmos caminhos diversas vezes, sem resultar em nenhuma mudança, gerando um desgaste emocional e uma nova vitimização. Nesse sentido, a capacitação é de suma importância tanto para o conhecimento da rede quanto para a sensibilização dos profissionais para tais questões.

Há relatos de profissionais que reconhecem precisar de conhecimento na área, mas que não tem interesse em aprimorar-se por priorizarem outras questões. Há ainda, aqueles profissionais que acreditam ser totalmente desnecessário qualquer capacitação uma vez que estão preparados para lidar com quaisquer questões:

> *Não, em absoluto. Treinar profissionais da saúde para isso é ridículo. A gente sabe quando ta acontecendo alguma coisa. Agora, treinar o profissional, jamais. O profissional médico, não 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 pra 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 que capacitar os órgãos de repressão mas nós, não* (médico 01, homem, 55 anos).

> *Eu acho que não. O médico que se forma já sabe o que fazer com esse 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* (médico 03, homem, 52 anos).

> *Não... Nós não lidamos com isso. O problema é muito mais grave do que um médico atender. O problema é de formação, de formação de personalidade, de educação no seu sentido amplo* (médico 05, homem, 57 anos).

Percebemos que em tais falas há uma crença de que o problema da violência não faz parte do âmbito da saúde e, por isso, não há um reconhecimento da responsabilidade médica sobre tal questão.

Como já foi referido anteriormente, a violência de gênero é considerada internacionalmente um problema de saúde pública exatamente pela sua complexidade, alta prevalência e por afetar a integridade física e mental das mulheres que a vivenciam.

Acreditamos que tal entendimento é mais frequente em profissionais homens e mais velhos, mais arraigados a um modelo biomédico, que desconsidera aspectos sociais e culturais, além de modelos tradicionais de gênero, que acabam engessando suas atitudes e práticas.

Ainda sobre a prática dos próprios profissionais, há uma fala recorrente de recorrerem à enfermagem para resolver aspectos relativos à violência, como vimos anteriormente. Nesse sentido, os enfermeiros aparecem como figuras dotadas de um saber que eles não possuem sobre essa questão.

Como temos acesso às percepções de alguns enfermeiros, entendemos que eles têm uma outra função nas unidades que acaba lhes possibilitando ter maior disponibilidade de tempo e flexibilidade para buscar alguns recursos e ter uma relação de maior proximidade com os pacientes. Mas, na verdade, o desconhecimento e as dificuldades são praticamente os mesmos, o que acaba por gerar, mais uma vez a já citada rota critica. Mais uma vez, há diversos recursos para evitar que isso ocorra e, um deles foi citado por um dos médicos:

> *Um acolhimento dessa pessoa que passou por uma agressão. Se fosse viável esse atendimento eu acho que seria bastante útil sim. Uma pessoa que é vítima, que vai ser acolhida, que vai ser orientada. Ah, mas eu não sei como seria implantado* (médico 06, homem, 52 anos).

O acolhimento, uma das estratégias do HumanizaSUS, pressupõe atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvir seus pedidos e assumir, no serviço, uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas adequadas ao paciente, prestando um atendimento resolutivo e responsável, orientando, quando necessário, em relação a outros serviços para a continuidade da assistência (BRASIL, 2004b).

Nesse sentido, acreditamos que as capacitações necessárias aos profissionais deveriam ser, tanto para abordar a violência contra a mulher, quanto para atualizá-los sobre as novas políticas de saúde do governo, muitas das quais, se fossem de fato implementadas, aprimorariam a assistência às mulheres.

Alguns profissionais afirmaram que a criação de um protocolo de atendimento padrão para lidar com a violência, facilitaria a sua atuação:

> *Eu acho que se tivesse algum protocolo, talvez pudesse ajudar mais sim* (médica 09, mulher, 30 anos).

> *Pelo menos uma espinha dorsal onde você trabalharia naquilo. E você identificaria as coisas sequenciais pra poder saber onde a pessoa deve ir, a 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 você tivesse uma sequência que você poderia identificar e dar um apoio a essa pessoa* (médico 14, homem, 46 anos).

> *Ia ser legal se tivesse igual tem um ATLS, um ACLS, ter um pra violência, acho que ia ser legal. Porque é uma maneira objetiva, porque tem gente que só funciona assim* (médica 04, mulher, 36 anos).

Em contrapartida, um dos profissionais, com o qual concordamos, acredita que a criação de um protocolo não é eficaz porque as situações são muito diferentes entre si. Afirma que o que deveria haver na verdade, é uma maior humanização nos atendimentos, o que fica mais difícil do que já é, com protocolos:

> *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 que atender saber o que efetivamente aconteceu e se possível, pedir ou fazer com que ela denuncie. Mas nada de protocolo, tem que fazer assim e assim. Cada caso é um caso* (médico 01, homem, 55 anos).

Mais uma vez, aparece a necessidade da humanização dos atendimentos, que pressupõe uma maior disponibilidade e responsabilização dos profissionais e, conseqüentemente, a necessidade de reavaliação da organização do trabalho. Essa necessidade foi trazida por profissionais em dois aspectos diferentes.

Um entrevistado trouxe a possibilidade de reorganizar o serviço mantendo a estrutura tradicional, mudando apenas a rotina de trabalho, visando uma maior disponibilidade dos profissionais para lidar com as questões complexas:

> *Se deixar você assim só como clínico, o pediatra só como pediatra, o GO só como GO, vamos sentar e ter um horário todo mundo, aumenta o horário do posto e põe outra equipe à tarde. GO, pediatra, põe todo mundo 6hs ao invés de 8hs. Você vai ter um posto aberto 12hs, ter duas equipes conversando sobre os pacientes e a gerente costurando as duas. Tudo de bom. Em cidade muito pequena funciona legal, porque é menos gente* (médica 04, mulher, 36 anos).

Outro profissional citou a estrutura do PSF, atual ESF, como mais adequada para lidar com a questão da violência:

> *Eu acredito muito no Programa de Saúde da Família. Se a gente tivesse mais estrutura, igual ao Programa de Saúde da Família dá, de conhecer aquele lugar, de saber quem é que mora nos lugares talvez ficasse mais fácil. Mas quando você não tem identidade com aquela comunidade, dificilmente você vai ter identidade para... ou alguma coisa para fazer* (médica 05, mulher, 29 anos).

Em ambos os casos, o objetivo seria o mesmo – criar uma maior proximidade da equipe com os pacientes e suas realidades e da equipe com ela mesma, possibilitando um trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

Enfermeiros: "*Eu acho que ainda falta muito*"

Muitos profissionais entrevistados referiram anteriormente não estarem capacitados para lidar com a questão da violência contra a mulher o que nos levou a analisar a importância dada a possíveis capacitações voltadas ao tema:

> *É um trabalho de divulgação sabe, de conscientização, de humanização das pessoas e dos profissionais. O principal é a conscientização mesmo das pessoas que existe isso e que às vezes está mais próximo de você do que você imagina* (enfermeira 04, mulher, 32 anos).

> *Pra poder mesmo dar uma estrutura e você saber como vai lidar com isso, com o fator, saber lidar com o emocional dessa pessoa e com o seu também, enquanto mulher, enquanto profissional. Então eu acho que cabe dentro da grade uma parte da psicologia, mais voltada para a violência, eu acho que cabem algumas coisas assim* (enfermeira 05, mulher, 30 anos).

O Conselho Nacional de Educação, que institui as bases curriculares nacionais para os cursos de enfermagem e medicina, afirma que os profissionais egressos devem ser capazes de intervir sobre os problemas/situações de saúde/doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional (BARALDI, 2009). Apesar de tal recomendação, a formação dos profissionais não abarca de forma suficiente a questão da violência e, nesse sentido, a necessidade de capacitação foi unânime entre os enfermeiros entrevistados.

A fala da enfermeira 05 traz como um aspecto importante da capacitação a possibilidade dos profissionais aprenderem a lidar com os aspectos emocionais envolvidos na questão da violência, inclusive com aqueles gerados nas próprias profissionais enquanto mulheres. Tal dado nos remete ao que foi discutido

anteriormente de que as enfermeiras poderiam ter mais dificuldades em lidar com a violência do ponto de vista profissional devido à identificação com as pacientes.

A necessidade de um protocolo foi trazida por um entrevistado como sendo um caminho para melhorar a atuação dos enfermeiros nos atendimentos realizados nas UBDS's:

> *O enfermeiro podia estar atuando em outras esferas nessa situação e sei lá acho que ele poderia canalizar esse trabalho de forma mais construtiva, porque muitas informações eu acho que se perdem porque você não tem um protocolo certinho* (enfermeira 10, mulher, 45 anos).

Acreditamos que protocolos de atendimento para uma questão complexa como a violência acabariam por gerar uma sensação de "dever cumprido" nos profissionais, mas na verdade, as diversas facetas do problema não estariam sendo abarcadas adequadamente, mantendo a limitação da assistência e gerando uma abordagem fria da questão.

Alguns profissionais descreveram diversos aspectos que poderiam ser modificados na rotina dos serviços e que trariam benefícios e melhorias à assistência prestada nos casos de violência:

> *Melhorar a porta de entrada, estar focando pra intervenção, ser um ambiente discreto, melhorar as notificações, tentar investigar melhor. Só que eu estou pensando e nisso e pensando em uma forma de enfoque assim pra mulher* (enfermeira 10, mulher, 45 anos).

> *Primeiro tinha que ter privacidade, respeito, ver a pessoa, sentar igual eu estou fazendo aqui com você, fecha a porta, "vamos conversar nós duas" pra gente não fazer julgamento de juízo, "você está errada ou você está certa, você merece isso, bem feito". E também procurar ver o outro lado da situação* (enfermeira 07, mulher, 31 anos).

> *Eu acho assim, hoje pelo menos serviço público, eu sinto um atropelamento tão grande que você às vezes fica muito amarrado, as coisas à sua volta não funcionam* (enfermeiro 01, homem, 53 anos).

> *A gente tem uma dificuldade grande porque todo paciente que chega ele faz a ficha na recepção e passa ali pela pré-consulta* (enfermeira 04, mulher, 32 anos).

> *O serviço não está estruturado pra receber esse tipo de queixa. Vamos supor, uma queixa que veio prevenir uma situação mais grave, pra fazer um serviço preventivo, informativo pra essas mulheres, o serviço não está preparado, ele está preparado justamente pro pronto atendimento desse caso mais sério, mais voltado pra agressão física* (enfermeira 02, mulher, 30 anos).

De acordo com o relato de alguns enfermeiros, diversos aspectos de rotina e estruturação do trabalho e das próprias unidades precisariam ser readequados para que um atendimento mais humanizado e efetivo pudesse ser realizado.

Pensando que a atenção primária à saúde é a porta de entrada das usuárias nos sistema, que possui um alto potencial de detecção da violência e que os enfermeiros ocupam num lugar de mediadores entre os serviços e profissionais, que lhes possibilita uma oportunidade ímpar de acolher e orientar as pacientes, a reestruturação de alguns aspectos dos serviços mostra-se tão importante quanto a capacitação dos profissionais.

Há referências de alguns enfermeiros que afirmam que, muitas vezes recorrem aos assistentes sociais dos serviços para auxiliá-los naquilo que não conseguem ou não sabem fazer. Assim, vemos a atribuição de um saber a outro profissional que, muitas vezes também não sabe o que fazer. Como veremos mais adiante, alguns dos profissionais referem haver uma falta de integração com os outros serviços que dificulta muito o trabalho em rede. O que notamos, porém, é uma falta de integração entre os próprios profissionais dos mesmos serviços, que não se reúnem para discutir os casos e para se capacitarem mutuamente, favorecendo o surgimento da rota critica já citada anteriormente.

5.4.2. Os serviços especializados

Médicos: *"Trabalhar com equipe multidisciplinar"*

Diversos serviços da rede de referência especializada para os cuidados com a mulher em situação de violência foram citados pelos entrevistados. O que mais nos chamou a atenção foi a grande menção ao Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina da USP como referência, fortíssima e muito confiável, para os cuidados com a violência sexual:

> *Violência sexual é diferente porque tem todo um procedimento que a gente adota lá na unidade de emergência. Avaliação do legista, prevenção de HIV, anticoncepção de emergência, avaliação psicológica, retorno subseqüente pra seguimento dessa mulher. Uma série de coisas* (médica 09, mulher, 30 anos).

> *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. Ai, é só lá no HC que faz isso* (médica 05, mulher, 29 anos).

> *Inclusive violência sexual, estupro essas coisas, há um sistema adequado no Hospital das Clínicas, sem nenhuma dúvida* (médico 12, homem, 57 anos).

> *Para o HC. Na urgência, na Bernardino* (médica 02, mulher, 37 anos).

> *A gente manda para o lugar certo. Lá no HC existe uma área especializada só para isso, para esse tipo de paciente, esse tipo de violência. Então a gente encaminha para esses lugares, e ele já tem todo o procedimento que eles fazem, com psicólogo, essas coisas, o aspecto legal também eles fazem* (médico 03, homem, 52 anos).

A quantidade de referências e a segurança com que descrevem o funcionamento do serviço prestado no HC demonstram que, quando há um

atendimento bem definido, estruturado e bem divulgado, os profissionais o reconhecem e o utilizam adequadamente.

A Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) também é uma referência bastante citada e utilizada, principalmente nos casos de violência física:

> *Violência física a gente encaminha pra delegacia de mulher. E, a gente faz, pelo menos assim, durante o final de semana a gente faz a ficha identificando todas as lesões, que não tem plantão de perito. Então a gente que faz* (médica 05, mulher, 29 anos).

> *Antigamente não tinha delegacia de mulher, não tinha nada, você para fazer um relato desse tinha que ir na frente de homem, a mulher já ficava meio assim, "Como é que eu vou falar que ele me bateu? Ou que ele tentou me estuprar, quem tá falando comigo é um homem?". Hoje você tem uma delegacia especializada, eu acho que o passo principal já foi dado, agora é botar pra frente negócio. O passo não era nosso, quem tinha que dar era a delegacia, era a polícia. São os órgãos oficiais, e eles deram a partir do momento que criaram a delegacia da mulher* (médico 01, homem, 55 anos).

> *Existe a delegacia da mulher pra denunciar a violência contra a mulher* (médico 06, homem, 52 anos).

> *Violência de outras naturezas, violência física ou de outra natureza é a delegacia da mulher* (médico 12, homem, 57 anos).

> *A gente sabe que tem a delegacia da mulher, é no centro e tal* (médico 10, homem, 41 anos).

> *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* (médico 03, homem, 52 anos).

O conhecimento que possuem sobre o funcionamento da DDM é adequado e os encaminhamentos também. Há uma prevalência de encaminhamentos de violência física, mas sabemos também que há uma prevalência de identificação da violência física. É fundamental que haja um esclarecimento de que é necessário orientar as mulheres em qualquer situação de violência a procurarem a DDM para denunciar a situação vivida.

Alguns profissionais trouxeram queixas referentes ao funcionamento da DDM que, segundo eles, trazem dificuldades para as mulheres:

> *Até lá na delegacia, ter um serviço mais especializado, não adianta falar que é delegacia da mulher porque a delegacia da mulher é uma vergonha, se você quer saber* (médica 05, mulher, 29 anos).

> *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 sensibilidade pra lidar com esse problema, então eu acho que esse é o pior, pior coisa que acontece* (médica 05, mulher, 29 anos).

> *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* (médico 03, homem, 52 anos).

> *Eu acho só que deveria ter mais, um acesso mais rápido a delegacia da mulher, menos burocracia, menos tudo isso* (médico 01, homem, 55 anos).

> *Não devia ter delegacia da mulher, devia ter uma delegacia, só que lá deveria ter quem? Uma moça, ou uma senhora, uma sala especial para que essa moça que fosse fazer a queixa conversasse com uma*

> *moça como ela ou com uma mulher como ela. Elas têm muito medo de chegar lá encontrar um homem. Escrivão de polícia, barbudo: "O que foi dona?". Não querem isso, essa é que é a grande verdade. Esta abordagem tem que vir por parte da polícia* (médico 01, homem, 55 anos).

> *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 a entender e falar olha "Eu tenho um caso que eu estou encaminhando, tá". Esta facilidade tem que ter* (médico 06, homem, 52 anos).

Tais médicos referem haver uma morosidade nos processos, uma inadequação nos atendimentos e despreparo dos profissionais que dificulta muito a situação das mulheres que procuram a DDM. Para isso, sugerem capacitações, adequações profissionais e o estabelecimento de uma relação de proximidade que gere confiança e torne o encaminhamento das usuárias mais humanizado e efetivo.

Há outros serviços citados por um dos profissionais que também fazem parte da rede de apoio e que, apesar de serem menos conhecidos, são de suma importância para os cuidados integrais às mulheres:

> *Tem uma casa da prefeitura que acolhe pessoas em situação de perigo de vida. Tem o CETREM, que acolhe algumas pessoas quando essa casa tá cheia, eu mando pro CETREM* (médica 04, mulher, 36 anos).

Os serviços de saúde mental foram citados por alguns médicos como sendo indispensável nos casos de violência contra a mulher:

> *Eu acho que teria que ter um psicólogo em cada unidade, pra gente poder dar suporte* (médica 05, mulher, 29 anos).

> *A abordagem psicológica dessas pessoas, uma orientação melhor em termos de assistência social, em termos de direitos humanos, direitos legais* (médica 11, mulher, 48 anos).

Segundo tais profissionais, porém, há uma precariedade enorme nos serviços de saúde mental da rede pública da cidade e, nos serviços que existem, há uma morosidade enorme em se conseguir efetivar os encaminhamentos porque há poucas vagas:

> *Não tem psicólogo, e a área psicológica da prefeitura é precária, não tem. Então é um caso complicado. Eu tô encaminhando agora pra UNIP* (médica 05, mulher, 29 anos).

> *Você sabe que na rede é muito complicado essa área (encaminhamento pra saúde mental)* (médico 14, homem, 46 anos).

> *Quando eu delego, demora oito meses para ela conseguir agendar, ela não vai agendar* (médica 04, mulher, 36 anos).

> *Às vezes a gente encaminha pra saúde mental só que elas entram numa fila enorme e assim, acaba indo pro CAPS e não é bem isso que é pra fazer. Elas tinham que ter um apoio psicológico, mas a prefeitura não tem psicólogo. E encaminhar pra USP a gente não consegue, a gente não tá conseguindo encaminhar* (médica 05, mulher, 29 anos).

Alguns serviços da rede pública ficam deficitários com o tempo e, de fato, precisam ser revistos – o número de profissionais, o número de vagas disponibilizadas, o fluxo de encaminhamento, o que talvez tenha acontecido com a saúde mental. De qualquer forma, voltamos a discussão da necessidade de colocar em prática a intersetorialidade, ou seja, a aproximação e contato entre os serviços dos diversos setores para que as duvidas seja esclarecidas, sugestões sejam dadas e projetos sejam desenvolvidos coletivamente, fortalecendo a atuação dos profissionais.

Como enfatizam Carreira & Pandjiarjian (2003) é necessário a efetivação de uma rede de serviços que promova uma atuação articulada entre instituições e serviços governamentais e organizações e grupos da sociedade civil, visando a ampliação e a melhoria da qualidade desde do atendimento, identificação e encaminhamento de casos até ao desenvolvimento de estratégias de prevenção.

Os discursos acima subentendem a necessidade indispensável de uma atuação multiprofissional e interdisciplinar no cuidado dos casos dessas mulheres devido à alta complexidade de um fenômeno multifacetado como é a violência, como resume a fala abaixo:

> *Caso de uma mulher em violência não é atendido 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* (médico 14, homem, 46 anos).

Enfermeiros: *"Eu acredito assim que deveria ter mais equipe multiprofissional"*

Novamente, há um grande conhecimento do protocolo e da referência para atendimento dos casos de violência sexual, que é realizado pelo HC:

> *Se for alguma coisa assim tipo um estupro, alguma coisa, nos temos aqui o HC, já tem todo protocolo pra você encaminhar essa mulher* (enfermeiro 01, homem, 53 anos).

A Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) também foi bastante referida pelos enfermeiros como rede de apoio para as mulheres em situação de violência, apesar das diversas falhas citadas:

> *Tem a DDM, sei que tem algumas casas abrigo, mas se você me perguntar o nome eu não vou saber te falar, tem assistente social aqui, que se eu mandar ela pra delegacia, eles vão dar esse suporte* (enfermeira 02, mulher, 30 anos).

> *Ah, agora tem a delegacia da mulher. Elas são encaminhadas pra fazer um boletim de ocorrência* (enfermeira 08, mulher, 48 anos).

> *A Delegacia da Mulher, tem horas que a gente fica muito assim, principalmente com os horários, a gente fica muito a mercê do que funciona do que não funciona na verdade* (enfermeiro 01, homem, 53 anos).

> *Ela fez boletim de ocorrência, fez tudo, tomou atitudes, mas a policia não fez nada, mesmo que ela faça boletim de ocorrência tudo é demorado então eu acho que deveria ter mais agilidade* (enfermeira 05, mulher, 30 anos).

A descrença de que os serviços da rede de apoio possam, de fato funcionar, cria uma resistência de alguns profissionais em investigarem as situações e uma insegurança em orientar as pacientes. A falta de integração entre os serviços favorece muito essa dificuldade e gera uma sensação de indignação nos profissionais que se sentem frustrados por não conseguirem resolver o problema.

Alguns enfermeiros trouxeram com muita ênfase a necessidade de um serviço multiprofissional e interdisciplinar especializado apenas no atendimento às mulheres:

> *Fazer um lugar só de atendimento pra mulher, achei interessante porque o pessoal tava fazendo um programa, envolveria tudo sabe? Ai seria mulheres agredidas, envolveria parte de GO. Um centro mesmo pra mulher* (enfermeiro 01, homem, 53 anos).

> *Montar até uma equipe entende? Multidisciplinar que você me perguntou de um serviço ideal eu acho que seria uma equipe multiprofissional pra estar atendendo né a mulher dentro da sua integralidade* (enfermeira 10, mulher, 45 anos).

> *Uma equipe né uma equipe multidisciplinar inclusive com o pessoal da delegacia já ali pro paciente não precisar ir pra outro lugar ter que ir pra lá, porque querendo ou não essa dificuldade por isso que eles não vão dar queixa né, difícil pra eles se locomoverem e precisar*

chamar a ambulância pra levar pra casa, então se criar um serviço desse que faça que tenha assistente social que tenha enfermeiro, que passe por uma assistente social que passe pelo médico e até por uma delegada, por uma promotora sei lá né porque tem coisa que a gente depende né, tem período que é mais tranqüilo, não tem período da manha deve ser difícil aparecer (enfermeira 11, mulher, 61 anos).

Com um clínico, com um ginecologista, enfermeiro, assistente social, montar um núcleo de atenção que envolva, se possível a policia entendeu, estar tudo sendo feito dentro de um lugar só porque às vezes a pessoa fica e vai no posto, depois tem que ir pra delegacia, ai vai pra delegacia da mulher, ai é jogada pra lá, jogada pra cá (enfermeira 06, mulher, 33 anos).

O ideal seria ter assim um núcleo, um lugar que ela vai e que já tenha todos os recursos e tenha agilidade no atendimento o que não é a realidade da rede porque o atendimento é demorado, é complicado, que nem se vem uma paciente aqui a noite, a assistente social só vem de manhã, se vem a tarde, só no outro dia de manhã até a assistente social entrar em contato com esse paciente e com a família, demora entendeu então assim, eu acho que tinha que ter agilidade no serviço e essa equipe multiprofissional ai pra estar lidando com ela (enfermeira 06, mulher, 33 anos).

Os serviços idealizados por tais profissionais seriam bastante resolutivos desde que trabalhassem de forma interdisciplinar, favorecendo a comunicação entre seus profissionais e criando uma rede que, inclusive pudesse abordar aspectos preventivos.

5.4.3. A legislação existente

Médicos: ***"Agora essa Lei da Maria da Penha eu não conheço. Realmente não conheço"***

Diversos médicos entrevistados desconhecem o manual de notificação e a função da mesma. Alguns relatam, de forma bastante displicente, preencherem às vezes as notificações, o que, na maioria das vezes, delegam à enfermagem:

> *Com doença de notificação compulsória, por exemplo, a dengue, a meningite sim, mas agressão, pode estar até na lista, mas não. Nós não temos um trabalho de conscientização de preenchimento. Talvez, esse atendimento que você falou, se fosse implantado, aí sim… de notificação compulsória* (médico 06, homem, 52 anos).

> *Tem um protocolo que a gente preenche de violência contra a mulher. Daí passa pra enfermeira que toma as medidas* (médico 10, homem, 41 anos).

> *Aqui não tem não, manual assim de violência contra mulher, especificamente, assim não tem não. Aqui não unidade não tem* (médico 03, homem, 52 anos).

Como podemos ver, apesar da notificação compulsória da violência estar em vigor desde 2003, muitos profissionais desconhecem a sua obrigatoriedade o que faz com que, diversas vezes, mesmo havendo disponibilidade para ajudar, fiquem impedidos de terem ações mais efetivas.

Em relação à legislação em vigor, especificamente a Lei Maria da Penha, apenas uma pequena parte dos profissionais mostraram conhecê-la e, mesmo assim, não trouxeram muitas informações, o que deixa claro que ela ainda não faz parte do cotidiano das unidades:

> *É essa lei que a mulher vai na delegacia que faz a queixa e a pessoa é prendida na hora* (médica 09, mulher, 30 anos).

> *Eu sei que existe uma lei Maria da Penha. Que se você vai lá e faz uma denúncia. Se for detectada uma situação flagrante, seu parceiro é preso* (médica 11, mulher, 48 anos).

> *Lei Maria da Penha? Não... qual que é? Me fala da lei... 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 quanto o tempo dá de cadeia ou não dá* (médico 01, homem, 55 anos).

Um dos profissionais referiu não ter ficado sabendo oficialmente da Lei, tomando conhecimento apenas porque assistiu na televisão:

> *A gente ficou sabendo da lei, o que significa a lei pela televisão. Vê jornal, no noticiário. 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* (médico 10, homem, 41 anos).

Enfermeiro: *"Não tem notificação nenhuma, não fazemos notificação nenhuma"*

Apesar da notificação ser de suma importância no combate à violência contra a mulher notamos que muitos profissionais não sabem, de fato, onde ficam as fichas e como preenchê-las. Alguns referem inclusive, nunca ter tido contato com a ficha em suas unidades:

> *Existem os impressos, então qualquer profissional pode preencher, ai a gente preenche. Faz muito tempo que eu não preencho porque normalmente a D, que era da GO e pediatria responsável... Então o pessoal encaminhava tudo pra ela* (enfermeira 08, mulher, 48 anos).

> *Teve sim mas se perdeu. Começou, ficou pouco tempo, depois se perdeu. Então não fazemos mais, não tem notificação nenhuma, não fazemos notificação nenhuma. Mal fazemos nossas notificações da dengue* (enfermeiro 01, homem, 53 anos).

> *A única coisa de notificação que temos é o da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis das coisas que tem que*

> *ser notificadas, agora de violência essas coisas não existe na nossa unidade, eu lembro que já teve, igual eu já falei pra você teve alguma coisa pratica, mas não deu continuidade você entendeu, não se deu continuidade* (enfermeiro 01, homem, 53 anos).

> *A não ser que ela queira, a não ser que seja menor, ou que tenha alguma deficiência, ai a gente faz mesmo que ela não fale, quando é menor ou tem algum tipo de deficiência, a gente já encaminha, faz boletim de ocorrência e faz relatório, faz a notificação, agora quando é uma mulher maior de idade e que não quer fazer, ai a gente só dá o apoio e oferece ajuda* (enfermeira 05, mulher, 30 anos).

Para implantação da ficha de notificação compulsória nas unidades de saúde de Ribeirão Preto, a Secretaria da Saúde realizou um workshop para os profissionais no qual foram abordadas todas as formas de violência contra a mulher e a ficha de notificação foi apresentada. Logo após, foi realizado um treinamento por região no qual reuniram-se representantes de cada unidade para o esclarecimento de dúvidas, oportunidade na qual um manual com esclarecimentos foi entregue a cada um deles.

As falas acima demonstram que tal capacitação se perdeu na rotina dos serviços, uma vez que profissionais não estão utilizando adequadamente a ficha de notificação. Tal fato nos dá indícios de como o processo de trabalho está organizado, revelando tanto uma falta de desorganização com a falta de comprometimento com os pacientes e com a questão da violência.

Em relação à Lei Maria da Penha, Lei 11.349, promulgada em 07 de Agosto de 2006, que representa um marco nas discussões sobre a violência contra a mulher apresentando diversos avanços na questão, como a estipulação de detenção para o agressor de três meses a quatro anos, apenas alguns profissionais a conhecem:

> *Maria da Penha foi uma mulher que morreu de tanto ser espancada pelo marido se não me engano e depois que aconteceu esse caso surgiu uma lei que o marido que agredir a mulher vai preso isso assim grosso modo* (enfermeira 07, mulher, 31 anos).

> *Lei Maria da Penha, mas o quê que é essa lei?* (enfermeiro 01, homem, 53 anos).

> *Eu já ouvi falar, mas na íntegra assim, se fosse pra eu te descrever assim, eu não sei, mas eu já ouvi falar na lei Maria da Penha* (enfermeira 06, mulher, 33 anos).

> *Tem alguma coisa haver com a denúncia, que a mulher tem que denunciar os casos de agressão é isso?* (enfermeira 04, mulher, 32 anos).

> *Maria da Penha... esse nome não me é estranho, mas tudo bem, é lei municipal?* (enfermeira 08, mulher, 48 anos).

.

Apesar de sua grande repercussão na mídia, há um desconhecimento da Lei, de seu conteúdo e dos avanços que ela representa, mostrando como muitos dos profissionais estão alheios aos acontecimentos atuais que interferem em seu processo de trabalho. Os poucos profissionais que referiram conhecer a lei não a reconhecem como um instrumento para o controle da violência, não podendo assim, mais uma vez, orientar adequadamente as mulheres.

Médicos e enfermeiros: Sobre a rede de proteção

Schraiber et al. (2003) afirmam que, entre as estratégias para o enfrentamento da violência encontram-se a necessidade de capacitação profissional e a implicação das instituições envolvidas que, dessa forma, abririam espaço para o fenômeno da violência na agenda do sistema público.

Tais capacitações, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005c) têm como objetivo a sensibilização dos profissionais e o aprimoramento da qualidade do atendimento às usuárias, humanizando e ampliando os serviços existentes.

Como vimos, as capacitações são urgentes para a melhoria dos atendimentos aos casos de violência e, além de sensibilizar os profissionais, é necessário discutir formas de tornar o problema mais visível e como ter respostas mínimas para poder acolher a questão, o que ainda é pouquíssimo realizado.

O desenvolvimento de uma rede de apoio multidisciplinar, que integre as áreas de saúde, segurança pública, educação, assistência psicossocial, entre

outras, contribuindo para a prevenção e o combate da violência contra a mulher foi trazido como uma necessidade por diversos médicos e enfermeiros entrevistados.

Acreditamos que a construção dessa rede seja fundamental, mas que ela só atingirá seus objetivos se a rotina dos serviços e a organização dos processos de trabalho forem revistas e, alem disso, a comunicação entre os serviços for eficaz, criando de fato, uma rede de proteção.

A violência apresenta um forte componente cultural, que dificilmente será superado apenas por meio de leis e normas, no entanto, é necessário um respaldo legal para que o processo de prevenção e combate seja legitimado (SALIBA et al., 2007).

Nesse sentido, sabemos que a notificação é um instrumento de valor inestimável uma vez que ajuda no dimensionamento da questão da violência, determinando a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência e o desenvolvimento de pesquisas, além do conhecimento da dinâmica da violência.

Apesar da legislação ser muito clara sobre a obrigatoriedade da notificação, pouca orientação é oferecida sobre as noções legais do ato em si. Assim poucos a usam e, muitos, quando o fazem, o fazem de forma inadequada, como vimos nas entrevistas de ambas categorias profissionais.

Muitas políticas e mecanismos propostos para o enfrentamento da violência, como capacitar os profissionais e os serviços, equipando-os e promovendo uma estrutura mais adequada já estarem sendo feitos, é preciso ampliar e desenvolver os serviços especializados ou de referência para que as estratégias de enfrentamento se consolidem e a questão da violência possa começar a ser tratada com maior resolutividade.

Capítulo 6

Considerações finais

Grande parte dos profissionais entrevistados percebe que as mulheres conquistaram uma maior liberdade e independência nas últimas décadas, tanto no âmbito profissional quanto no sexual. No entanto, ainda há um predomínio de uma visão machista da sociedade que influência como os papéis sociais são desempenhados por homens e mulheres e percebidos pelos profissionais.

Do ponto de vista do desempenho dos papéis sociais, segundo alguns dos profissionais, as mulheres estão sobrecarregadas com o acúmulo de atribuições que a associação da entrada no mercado de trabalho às tarefas domésticas lhes trouxe. Além disso, a saída do espaço privado para ingressar no mercado de trabalho é entendida por alguns profissionais, como causadora de desestruturas familiares e sociais. Tal percepção é muito presente no discurso de enfermeiras mulheres, o que acreditamos estar associado a um processo de culpabilização pelas transformações que vem ocorrendo, tanto no âmbito social quanto no sexual.

Em contrapartida, há um entendimento de poucos entrevistados da entrada do homem no espaço privado, com a assunção de algumas atribuições antes, exclusivamente femininas, o que mostra que, apesar do predomínio de uma visão tradicional de gênero, há um movimento em direção a novos paradigmas.

As percepções que os profissionais possuem sobre gênero são determinantes para a compreensão que têm sobre o fenômeno da violência contra a mulher e, conseqüentemente, influenciam na forma como acolhem e assistem às mulheres em situação de violência.

Ao afirmarem que a sociedade atual ainda está organizada baseada em relações desiguais entre homens e mulheres, os profissionais que possuem tal percepção acabam naturalizando uma condição socialmente construída e contribuindo para a perpetuação da violência.

Tal fato, aliado às considerações de que a violência é desencadeada por uso abusivo de álcool e drogas e por sentimentos como ciúmes, acaba por gerar um descomprometimento com a questão da violência, que faz com que deixem de intervir mesmo em casos identificados.

Um aspecto presente no discurso de alguns enfermeiros, acreditamos que por serem quase que exclusivamente mulheres (apenas um enfermeiro homem foi entrevistado) foi a questão da culpa citada anteriormente. Há uma atribuição de culpa relacionada às novas escolhas feitas pelas mulheres que poderia estar causando desequilíbrios familiares e sociais que é assumida como sendo verdadeira

no discurso de tais profissionais. Além disso, a culpa também recai sobre elas em uma possível responsabilização pela criação de agressores, uma vez que a criação dos filhos é uma atribuição das mulheres, que não o estão fazendo bem uma vez que saíram de suas casas para trabalhar. Há, claramente, uma incorporação das concepções tradicionais de gênero que faz com que elas assumam tais questões e acabem por reforçar os padrões sociais machistas vigentes.

Muitos profissionais possuem uma clara noção dos tipos de violência contra a mulher existentes, e definem a gravidade de cada tipo de formas bem diferentes. A gravidade da violência psicológica está exatamente na dificuldade de sua identificação e combate, a da violência física está nas lesões que pode causar e a da violência sexual, por reunir os dois aspectos. Apesar do conhecimento dos tipos e causas da violência, há um desconhecimento muito grande da prevalência da violência de gênero que nos dá indícios do tamanho da invisibilidade do problema nos serviços de saúde.

Alguns médicos e enfermeiros consideram que as mulheres que vivenciam a violência permanecem em tais situações por serem dependentes emocional e financeiramente de seus companheiros e, principalmente, pelo medo e baixa auto-estima retroalimentados pela condição em que vivem.

A violência física é a mais facilmente identificada por diversos profissionais exatamente pelas feridas que causa. Por serem a que mais vêem, acreditam ser a mais prevalente nos serviços. Para que a mulher refira a violência, espontaneamente ou quando questionada, alguns acreditam ser necessário o estabelecimento de um vínculo de confiança com as usuárias, o que faz com que, em muitos casos, não abordem o assunto por não terem tempo ou disponibilidade interna para o estabelecimento de tal vínculo.

Em outras situações, o que ocorre é que a expectativa de que haja esse vínculo de confiança para que possa haver assistência adequada remete os profissionais a ações de cunho pessoal, motivadas por valores e crenças individuais e não por critérios ou necessidades profissionais.

Mesmo fazendo a identificação da violência, alguns profissionais referem não dar seguimento aos casos e diversos fatores estão relacionados a isso. O fato de não considerarem a violência como sendo uma questão que deva ser abordada e cuidada pela saúde, mas sim por órgãos de segurança publica e judiciais; problemas relativos à organização dos serviços e no processo de trabalho que impossibilitam

uma abordagem adequada do assunto; por sentirem-se desamparados pela falta de uma rede de proteção articulada adequadamente com a qual possam contar para cuidar dessas mulheres; a falta de preparo e conhecimento para atuar de forma resolutiva; a dificuldade de comunicação com os profissionais dos próprios serviços onde atuam e por fim, os aspectos emocionais que as situações de violência despertam e com as quais, muitas vezes, não estão preparados para lidar.

Acreditamos que os aspectos institucionais são fundamentais na determinação de barreiras para um bom atendimento em tais situações já que, muitas vezes, há uma disposição em ajudar que acaba sendo atropelada pelo próprio processo de trabalho que impossibilita um acolhimento e escuta mais resolutivos. Além disso, os serviços de baixa qualidade e a dificuldade de acesso ainda são problemas que criam obstáculos aos princípios de integralidade do SUS.

Nesse sentido, acreditamos que a revisão da organização de fluxos e processos de trabalho com o intuito de viabilizar que os princípios de humanização do SUS possam ser postos em prática é de suma importância. Estratégias como o matriciamento, o acolhimento e a elaboração de projetos terapêuticos precisam ser divulgados e inseridos nos serviços como recursos que possibilitam uma maior resolutividade dos serviços.

As capacitações são indispensáveis na medida em que instrumentalizam os profissionais para lidar com a violência contra a mulher, dando-lhes maior segurança técnico-científica para agirem em tais casos.

O presente estudo nos mostra que é possível qualificar o trabalho de médicos e enfermeiros utilizando estratégias de capacitação muito semelhantes uma vez que há poucas diferenças em suas percepções acerca dos aspectos ligados à violência contra a mulher e na forma como atuam em tais situações.

A capacitação conjunta pode inclusive, favorecer o início de diálogos e trocas fundamentais para um trabalho mais harmônico e resolutivo uma vez que tais profissionais trabalham quase que sempre juntos, em equipes.

Alguns aspectos referentes a questões de gênero aparecem de forma um pouco diferente para homens e mulheres aqui entrevistados, diferenças que poderiam ser abordadas nas capacitações criando a possibilidade dos profissionais refletirem sobre suas próprias percepções, muitas vezes ainda arraigadas em valores tradicionais mas não percebidas por eles dessa forma.

Capacitações de profissionais acerca da temática da violência de gênero somente se aliadas a outros recursos como uma rede de proteção muito bem tecida com estratégias de intersetorialidade, equipes multiprofissionais que se reúnam e discutam as dificuldades e as possibilidades existentes e a reconstrução da lógica de trabalho em saúde para um paradigma médico-social é que possibilitarão que médicos, enfermeiros e quaisquer outros profissionais, de saúde ou não, sintam-se amparados suficientemente para cuidar de uma questão tão complexa e delicada quanto a violência contra as mulheres.

Referências

AHMAD, F; HOGG-JOHNSON, S; STEWART, D.E; LEVINSON, W. Violence involving intimate partners. Prevalence in Canadian family practice. Canadian Family Physician. **Le Medicin de famille canadien**. v. 53; Mar- Mai, 2007.

ALAMBERT, Z. **Mulher: uma trajetória épica**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado SA, 1997.

ALMEIDA, S.S; PITANGUY, J. **O que é feminismo**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

ÂNGULO-TUESTA, A.J. **Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde**. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 1997.

AQUINO, E.M.L. Desafios e Limites no Ensino de Gênero em Saúde Coletiva: a experiência do MUSA. In: VILLELA, W. & MONTEIRO, S. (Orgs.), **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Brasília: UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas, 2005.

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

ARENDT, H. **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

BARALDI, A.C.P. **O conhecimento de profissionais médicos e enfermeiros das Unidades Básicas Distritais de Saúde de Ribeirão Preto – SP acerca da violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo.** Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1998.

BATISTA, K.B.C. Violência contra a mulher e programa de saúde da família: a emergência da demanda na visão dos profissionais. In: VILLELA, W. & MONTEIRO, S. (Orgs.), **Gênero e saúde: Programa de Saúde da Família em questão.** Rio de Janeiro: ABRASCO; Brasília: UNFPA, 2005.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BOURDIEU, P. **A Dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. SP: Manole, 2005 (a).

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei 11.340, "Maria Da Penha", de 7 de Agosto de 2006**, publicada em D.O.U. de 8.8.2006 (c), Disponível em http://www.spmulheres.gov.br.

BRASIL. **Lei nº 3.688** de 03 de outubro de 1941. Lei das Contravenções Penais. Disponível em www.planalto.gov.br

BRASIL. **Lei 10.778 de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços públicos ou privados. Disponível em www.planalto.gov.br

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo.** Brasília, 2005 (b).

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**. 2.ed. Brasília, 2005 (c).

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**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 (a).

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (a).

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Núcleo Técnico da política nacional de humanização. **HumanizaSUS: documento base para**

gestores e trabalhadores do SUS. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (b).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo técnico da política nacional de humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 (b).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo técnico da política nacional de humanização. **HumanizaSUS: equipe de referencia e apoio matricial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 (c).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo técnico da política nacional de humanização. **HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 (d).

BRASIL. **Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher**. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília, DF; 2007.

BRASÍLIA**. Pacto pela saúde**. Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.

BRITO, J. Uma proposta de vigilância em saúde do trabalhador com a ótica de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13 (Suplemento 2): 141-144, 1997.

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.

BRUSCHI, A; PAULA, C.S; BORDIN, I.A.S; Lifetime prevalence and help seeking behavior in physical marital violence. **Revista de Saúde Pública** 2006, 40(2):256-64.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: ciência, sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix, 2006.

CAMARGO-BORGES, C; CARDOSO, C.L. A psicologia e a estratégia de saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia e Sociedade**; 17(2): 26-32; mai/ago, 2005.

CAMPBELL, J.C. Health consequences of intimate partner violence. **The Lancet**. v. 359. April 13, 2002.

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.

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 240** de 30 de agosto de 2000. Aprova o Código de ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em www.portalcofen.gov.br

Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1246** de 08 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. Disponível em www.cremesp.org.br

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

COHN, A. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 5. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2003.

CORRÊA, M.S.M; LOPES, R.L.M; DINIZ, N.M.F. Reflexões sobre o cuidar de mulheres que sofrem violência conjugal em uma perspectiva heideggeriana do mundo da técnica. **Revista da Escola de Enfermagem**, Universidade de São Paulo, 2001; 35(3): 223-9.

DALTOSO, D. **A percepção de enfermeiras da rede básica de saúde acerca da violência contra a mulher**. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009.

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, 21 (2): 417-425, mar-abr, 2005.

DAY, V.P; TELLES, L.E.B; ZORATTO, P.H; AZAMBUJA, M.R.F; MACHADO, D.A; SILVEIRA, M.B; DEBIAGGI, M; REIS, M.G; CARDOSO, R.G; BLANK, P. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria**. Rio Grande do Sul, 25 (suplemento 1): 9-12, abril 2003.

DEL PRIORE, M. (Orgs.), **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2004.

DESLANDES, S.F; GOMES, R; SILVA, C.M.F.P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.129-137, jan-mar, 2000.

D'OLIVEIRA, A.F.P. **Violência de gênero. Necessidade de saúde e uso dos serviços de saúde em atenção primária**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

ELLIOTT, L; NERNEY; JONES, T; FRIEDMANN, P.D. Barriers to screening for Domestic Violence. **Journal of General Internal Medicine,** v. 17, p. 112-116, Fev. 2002.

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, 24(1): 17-27 jan.2008.

GOMES, E.L.R; ANSELMI, M.L; MISHIMA, S.M; VILLA, T.C.S; PINTO, I.C; ALMEIDA, M.C.P. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. IN: ALMEIDA, M.C.P; ROCHA, S.M.M. (Orgs.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

GOMES, R.M. **Trabalho médico e alienação: as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/desumanização do trabalho em saúde.** Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

GONZALEZ REY, F.L. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios.** Tradução: Marcel Aristides Ferrada. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

HERRERA, C; RAJSBAUM, A; AGO, C; FRANCO, A. Entre la negación e la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en Mexico. **Salud Publica de México**. v.48, suplemento 2 de 2006.

KISS, L.B; SCHRAIBER, L.B; Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(3):1943-1952, 2011.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L.D; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2): 269-291, 2001.

LOURO, G.L. **Gênero, sexualidade e educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

LOURO, G.L. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M.J.M; MEYER, D.E; WALDON, V.R. (Orgs.), **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LUDERMIR, A.B; SCHRAIBER, L.B; D'OLIVEIRA, A.F.P.I; FRANÇA-JUNIOR, I; JANSEN, H. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. **Social Science & Medicine,** 2008, n. 66, 1008–1018.

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. **Os frágeis direitos da mulher.** Promoção da Saúde, Ministério da Saúde 2002; 3(6): 22-5.

MARINHEIRO, A.L.V; VIEIRA, E.M; SOUZA, L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Revista de Saúde Pública**, 2006, v.40, n. 4, p.604-610.

MARTIN, S.L; MORACCO, K.E; GARRO, J; TSUI, A.O; KUPPER, L.L; CHASE, J.L; CAMPBELL, J.C. Domestic violence across generations: findings from northern India. **International Journal of Epidemiology** 2002: 31: 560-572.

MAYKUT, P; MOREHOUSE, R. **Beginning qualitative research: a philosophic and practical guide**. London: Falmer Press, 1994.

MCCAULEY, J; KERN, D.E; KOLODNER, K; DILL, L; SCHROEDER, A.F; DECHANT, H.K; RYDEN, J; BASS, E.B; DEROGATIS, L.R. The "Battering Syndrome": prevalence and clinical characcteristics of domestic violence in

Primary Care. Internal Medicine Practices. **Ann Intern Med** 1005; 123(10): 737-48.

MENDES, E.V. **Atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAYO, M.C.S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1994, 10 (supl. 1): 07-18.

MINAYO, M.C.S. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M.C.S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MINAYO, M.C.S; SOUZA, E.R.S. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 1999, 4(1): 7-32.

MONTEIRO, C.F.S.M; ARAÚJO, T.M.E; NUNES, B.M.V.T; LUSTOSA, A.R; BEZERRA, C.M.J. A violência contra a mulher atendida em unidade de emergência: uma contribuição da enfermagem. **Escola Anna Néri**, v.10, n.2, p.273-280, 2006.

MORENO-GARCIA, C; JANSEN, H.A.F.M; ELLSBERG, M; HEISE, L; WATTS, C. **WHO-Multi Country Study on Women´s Health and Domestic Violence against Women**. Geneva: WHO; 2005.

NAKANO, A.M.S. **As vivências da amamentação por um grupo de mulheres: nos limites de ser "o corpo para o filho" e ser "o corpo para si".** Tese (livre-docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

NOGUEIRA, C. Feminismo e discurso de gênero na psicologia social. **Psicologia e Sociedade**, p. 107-128, 2001.

OLIVEIRA, A.R; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Violência de gênero contra trabalhadoras de enfermagem em hospital geral de São Paulo – SP. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.5, p. 868-876, 2008.

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 Enfermagem USP** 2007; 41(4): 605-12.

OLIVEIRA, E.M. Fórum Violência sexual e saúde. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2007, 23 (2): 455-458, fev.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Protocolo de investigación: la ruta critica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar**. Washington, 1998.

OUTHWAITE, W & BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento social do século XX**. Trad. Eduardo Francisco Alves, Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

PERALTA, R.L., FLEMING, M.F. Screening for intimate partner violence in a primary care setting: the validity of "Feeling Save at Home" and prevalence results**. The Journal of the American Board of Family Medicine**. November-December 2003. Vol. 16 N. 6.

PEREIRA, W.R. **Poder, violência e dominação simbólicos em um serviço publico 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.

PINHEIRO, C.V.Q. Saberes e práticas médicas e a constituição da identidade pessoal. **Physis: revista de saúde coletiva**. Rio de Janeiro; 16(1): 45-58, 2006.

ROCHA-COUTINHO, M.C. Novas opções, antigos dilemas: mulher, família, carreira e relacionamento no Brasil. **Temas em psicologia da Sociedade Brasileira de São Paulo**, São Paulo, 2004, v. 12, n.1, p. 2-17.

RODRIGUES-BOLAÑOS, R.A; MARQUES-SERRANO, M; KAGEYAMA-ESCOBAR, M.L. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. **Revista de Saúde Pública de México**. março-abril 2005, vol.47, nº. 2, p.134-144.

ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Trad. André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 2003.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SALIBA, O.; GARBIN, C.A.S.; GARBIN, A.J.I.; DOSSI, A.P. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública** 2007; 41 (03): 472-7.

SANTOS, L.L. **A invisibilidade da violência de gênero em dois serviços de Atenção Primária à Saúde** (dissertação de mestrado). Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2003.

SCAVONE, L. O Trabalho das Mulheres Pela Saúde: Cuidar, Curar, Agir. In: VILLELA, W. & MONTEIRO, S. (Orgs.), **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Brasília: UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas, 2005.

SEABRA, D.C. **O agente comunitário de saúde na visão da equipe multiprofissional**. 2006.133f. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva) – Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2006.

SCHRAIBER, L.B. Eqüidade de gênero e saúde: O cotidiano das práticas no Programa de Saúde da Família do Recife. In: VILLELA, W. & MONTEIRO, S. (Orgs.), **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão.** Rio de Janeiro: ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Brasília: UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas, 2005.

SCHRAIBER, L.B. **O médico e seu trabalho – limites da liberdade**. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L.B; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Violência contra a mulher: interfaces com a saúde. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, 1999, v.3, n.5, p.11-27.

SCHRAIBER, L.B; D'OLIVEIRA, A.F.P.L; HANADA, H.; FIGUEIREDO, W.; COUTO, M.; KISS, L.; DURAND, J.; PINHO, A. Violência vivida: a dor que não tem

nome. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 2003, v. 7, n. 12, p.41-54.

SCHRAIBER, L.B; D'OLIVEIRA, A.F.P.L; FRANÇA-JUNIOR, I; DINIZ, S; PORTELLA; LUDEMIR, A.B; VALENÇA; COUTO, M.T. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 2007;41(5):797-807.

SCHULER, S.R.; ISLAM, F. Women´s acceptance of intimate partner violence within marriage in rural Bangladesh. **Studies in Family Planning** 2008; 39(1): 49–58.

SCOTT, J. Gender: **An useful category of historical analyses: Gender and the politics of history.** New York. Columbia University Press, 1989.

SCOTT, P. Gênero, família e comunidades: Observações e aportes teóricos sobre o Programa de Saúde da Família. In: VILLELA, W. & MONTEIRO, S. (Orgs.), **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Brasília: UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas, 2005.

SEABRA, D.C. **O agente comunitário de saúde na visão da equipe multiprofissional**. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, 2006.

SHEFET, D; DASCAL-WEICHHENDLER, H; RUBIN, O; PESSACH, N; ITZIK, D; BENITA, S; ZIV, A. Domestic violence: A national simulation-based educational program to improve physicians knowledge, skills and detections rates. **Medical Teacher**. 2007: 29, 133-138.

SILVA, M.V. **Violência contra a mulher: quem mete a colher?** São Paulo: Cortez, 1992.

SILVERMAN, D. **Qualitative research: theory, method and practice**. London: SAGE, 1997.

SUGG, N.K; INUI, T; Primary care physician's response to domestic violence. **JAMA**. V.267, n.23, p.3157-60, 1992.

TANAKA, L.H. **Processo de trabalho do enfermeiro como foco da formação do graduando em enfermagem: visão dos professores de um curso de graduação em enfermagem**. Tese (Dissertação). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemologica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

WAGNER, A; PREDTEBON, J; MOSMANN, C; VERZA, F. Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. **Psicologia – teoria e pesquisa**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 181-186 – maio-agosto, 2005.

VICENTE, L.M; VIEIRA, E.M.O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de medicina e médicos residentes. **Revista Br Educ Méd** 2009; 33(1): 63-71.

VIEIRA, E.M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

VIEIRA, E.M; PERDONA; G.C.S; ALMEIDA, A.M; NAKANO, A.M.S; SANTOS, M.A; DALTOSO, D; DE FERRANTE, F.G. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. **Revista Brasileira de Epidemiologia** 2009; 12(4): 566-77.

VIEIRA, E.M; PERDONA; G.C.S; SANTOS, M.A. Factors associated with intimate partner physical violence among health service users. **Revista de Saúde Pública** 2011; 45(4).

VILLELA, W; MONTEIRO, S. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: VILLELA, W. & MONTEIRO, S. (Orgs.), **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Brasília: UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas, 2005.

VIVAS, P. La familia como foco: cuestiones en juego, problematizaciones de género. In: VILLELA, W. & MONTEIRO, S. (Orgs.), **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão.** Rio de Janeiro: ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Brasília: UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas, 2005.

Anexos

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:
    a. Há quanto tempo?
    b. Você tem algum curso de especialização ou residência, qual?
2. Há quanto tempo você trabalha na SMS?
3. Em que área você trabalha?
4. 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. E o que você pensa a respeito da liberdade e independência sexual com relação ao sexo feminino e masculino?

IV. Percepção sobre violência doméstica

4. Quais os tipos de violência doméstica você conhece?
5. Quais tipos você acha mais grave? Por que?
6. O que pode se tornar difícil em uma relação homem/mulher?
7. Na sua opinião, o que leva as pessoas (o casal) a brigarem?

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 o serviço?

11. Qual foi o procedimento adotado diante do caso? *(explorar acolhimento, encaminhamento, notificação).*

12. Você já atendeu alguma mulher que você tenha suspeitado ter sofrido de violência?

13. Quais os aspectos que o levaram a pensar que se tratava de um caso de violência doméstica?

14. Qual foi o procedimento adotado diante do caso? *(explorar acolhimento, encaminhamento, notificação).*

15. Quais as dificuldades que você já enfrentou atendendo essas situações?

16.Você tem algum recurso de que lança mão no atendimento?

17. Como você se sente ao lidar com situações de violência doméstica?

18. O que você acha que os médicos podem ou devem fazer em casos de violência, ou quando suspeitam?

19. Na sua opinião, quais deveriam ser os procedimentos padrões para enfrentar esse problema? Com relação à identificação, ao tratamento e à prevenção?

20.Durante sua formação profissional, alguma vez foi abordada a questão da violência doméstica contra a mulher?

21.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)*

22. Você conhece a lei Maria da Penha?

23. Esta unidade tem ficha de notificação?

24. Você conhece o manual de notificação?

25.Você sabe onde fica a Delegacia da Mulher (DDM)?

26.Você sabe para quais locais encaminhar uma mulher em situação de violência doméstica?