UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

DANIELA DALTOSO

A percepção de enfermeiras da rede básica de saúde acerca da
violência contra a mulher.

Ribeirão Preto
2009

DANIELA DALTOSO

A percepção de enfermeiras da rede básica de saúde acerca da
violência contra a mulher.

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título Mestre em
Ciências, Programa de Pós Graduação
em Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à
saúde da mulher no ciclo vital.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Maria de
Almeida.

Ribeirão Preto
2009

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

Daltoso, Daniela.

A percepção de enfermeiras da rede básica de saúde acerca da violência contra a mulher / Daniela Daltoso; orientadora Ana Maria de Almeida – Ribeirão Preto, 2009.

148f.; 30 cm

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2009.

1. Violência doméstica contra a mulher. 2. Enfermagem.
3. Serviços de Saúde. 4. Gênero

DALTOSO, Daniela

A percepção de enfermeiras da rede básica de saúde acerca da violência contra a mulher.

Dissertação apresentada à
Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo, para obtenção do
título Mestre em Ciências,
Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem em Saúde
Pública.

Aprovado em.....//

Banca Examinadora:

Prof.Dr. _____

Instituição: _____Assinatura _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____Assinatura _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____Assinatura _____

Dedico este trabalho a meus pais **Mauro e Marta** e meus irmãos **Danilo e Daniel**, que mesmo sem ter o conhecimento da causa, me inspiraram, me incentivaram e me deram forças para continuar.

Agradecimentos

A Prof^a. Dr^a. Ana Maria de Almeida pela confiança, carinho e compreensão. Minha mestra e amiga; obrigada pelos valorosos conselhos tanto profissionais quanto pessoais.

A Prof^a. Dr^a. Elisabeth Meloni Vieira pela coragem de abordar um assunto de tamanha complexidade.

A Prof^a. Dr^a. Ana Márcia S. Nakano pela ajuda e carinho desprendido à este projeto. Sua ajuda foi de imensa valia.

A enfermeira Maria Antonieta S. Prado pela paciência e intervenção valiosa que prestou a este estudo.

Ao grupo de estudo Gênero e Saúde pelo conhecimento construído. Obrigada por me aproximar deste tema e me instigar a estudar sempre mais.

As amigas Ana Cyntia Paulim Baraldi e Fernanda G. De Ferrante por todo exemplo, ajuda, carinho e companheirismo.

As amigas, Ana Paula Araújo, Daniela B. Bittar, Lillian D. Pimenta, Patrícia M. Martins por estarem sempre ao meu lado. Saber que posso contar com vocês faz toda diferença em minha vida.

A você Meu Lindo pela cumplicidade, carinho e confiança. Você me mostrou, e mostra a cada dia que sou capaz. Me dá forças e vontade para continuar sempre. Obrigada por me mostrar que sempre há uma luz no fim do túnel. Obrigada por acreditar em mim e por estar sempre ao meu lado!

A todas as enfermeiras que participaram deste estudo, meu muito obrigado, sem vocês este trabalho não existiria

De tudo ficaram três coisas:

A certeza de que estamos começando

A certeza de que é preciso continuar

A certeza de que podemos ser

interrompidos antes de terminar...

Fazer da interrupção um caminho novo

Fazer da queda um passo de dança

Do medo uma escola

Do sonho uma ponte

Da procura um encontro

E assim terá valido a pena existir!

(Fernando Sabino)

RESUMO

DALTOSO, D. **A percepção de enfermeiras da rede básica de saúde acerca da violência contra a mulher.** 2009. 148f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

A violência doméstica contra a mulher é um evento complexo e muito prevalente no Brasil, sendo os serviços de saúde frequentemente procurados por essas mulheres, o que coloca serviços e profissionais de saúde em lugar de destaque no manejo desses casos. Considerando o papel do enfermeiro dentro do sistema de saúde, o objetivo do estudo foi compreender a percepção destes profissionais sobre a problemática. Para tal utilizou-se uma abordagem qualitativa, em que foram entrevistados 11 enfermeiras que trabalham nas Unidades Distritais de Saúde do município de Ribeirão Preto, utilizando um roteiro semi estruturado. Os dados foram processados, lidos atentamente e organizados nas seguintes unidades temáticas: 1-A visão das enfermeiras sobre a questão de gênero; 2-A visão das enfermeiras sobre a violência contra a mulher; 3-Atendimento: Rezo para não chegar nada no meu plantão[...] Quando chega é um problema!; 4-Aspectos Jurídicos: Está tudo no caderninho! e 5-Formação: Olha se foi, foi uma aula bem superficial. As enfermeiras entrevistadas percebem que houve uma mudança no papel da mulher na sociedade moderna, porém, mantêm uma visão tradicionalista de gênero; assim, identificam um momento de transição em que a “mulher moderna” vive entre o paradoxo de ser um sujeito social ativo e ser a “rainha do lar”. Neste sentido, as enfermeiras entrevistadas percebem que a mulher de hoje apenas multiplicou funções, mas ainda não dividiu responsabilidades. Elas percebem ainda a liberdade sexual feminina como libertinagem; neste sentido prevalece discursos em que às mulheres é vedado o direito de exercerem sua sexualidade de forma livre, sendo este assunto tratado com denotações negativas. Associam a violência contra a mulher a aspectos relacionados à individualidade dos casais; aspectos externos relacionados ao estilo de vida imposto pela sociedade moderna e ao uso de álcool e drogas; atribuem a continuidade das relações violentas pelo medo, pela vergonha e por dependência financeira e moral de seus companheiros e pela falta de apoio social; assim, essas mulheres permanecem nas relações por não verem outra possibilidade de vida. Implícita na temática da violência contra as mulheres, está sempre presente nos discursos o fato das mulheres se manterem em relações assimétricas com seus parceiros, o que as tornam submissas e contribui para a manutenção do ciclo da violência. Quanto ao atendimento, sentem-se os profissionais de saúde despreparados para lidar com a situação; reconhecem eles principalmente a violência física e focam sua assistência ao atendimento das lesões, e percebemos então a invisibilidade da violência contra a mulher pelos profissionais de saúde, que possivelmente

se distanciam para evitar frustrações frente ao problema com o qual não se sentem preparados para lidar. Não possuem conhecimentos adequados quanto às questões jurídicas; e, assim, ao atender casos de violência, não se prendem aos fatores legais, mas sim a fatores de ordem pessoal, às especificidades do caso atendido e à própria estrutura dos serviços. Por fim, são unânimes em reconhecer a necessidade de treinamento para que possam melhor abordar o tema.

Palavras-chave: 1. Violência doméstica contra a mulher. 2. Enfermagem. 3. Serviços de saúde. 4. Gênero

ABSTRACT

DALTOSO, D. **Violence against women in the perspective of nurses from the basic health service network**. 2009. 148f. Thesis (master) – University of São Paulo at de Ribeirão Preto, College of Nursing, Ribeirão Preto, 2009

Domestic violence against women is a complex event and very prevalent in Brazil. These women frequently seek for health services, which require them and their health professionals to manage these cases. Considering the role of nurses in the health system, this study aimed to understand the perception of these professionals about the problem. A qualitative method was used and 11 nurses working in the District Health Units in the city of Ribeirão Preto, SP, Brazil were interviewed through a semi-structured questionnaire. Data were processed, carefully read and organized into the following thematic units: 1- gender's conception; 2- understanding of nurses about violence; 3- care delivery: I pray for nobody to arrive during my shift [...] It's a problem when someone arrives!; 4- Law aspects; 5- Education- Well, If I had it, it was a very superficial class. Interviewed nurses perceive that women's role has changed in modern society; however, there is a traditional view of genders. Therefore, they identify a moment of transition in which the "modern woman" lives the paradox of being an active social subject and "the lady of the house". In this perspective, the nurses perceive that today's women have multiplied their functions but have not shared their responsibilities. They also perceive that women's sexual freedom is seen as debauchery in which discourses about women being forbidden to freely exercise their sexuality prevail and is an issue addressed with negative connotation. They associate violence against women with aspects related to the individuality of couples, external aspects related to the life style that is imposed by modern society and the use of alcohol and drugs, attribute the persistence of violent relationships to fear, shame, financial and moral dependency on partners, and lack of social support. Thus, these women remain in these relationships because they do not see other options for their lives. The fact that women keep asymmetric relationships with their partners is implicit in the violence subject. This asymmetry makes them submissive and favors the maintenance of the violence cycle. Professionals feel unprepared to deal with the situation, especially acknowledge physical violence and focus care delivery on lesions. We perceive that violence against women is invisible to the eyes of health professionals, who possibly distance themselves so to avoid frustration in relation to a problem they do not feel prepared to deal with. They do not have appropriate knowledge related to law and therefore, when they attend cases of violence, do not pay attention to legal issues but on factors related to the individual, to the specificities of each case and

structure of the services themselves. Finally, they all agree on the need of education so as to better address the subject.

Key words: 1. Violence against women. 2.Nursing. 3. Health services. 4. Gender identity

RESUMEN

DALTOSO, D. **La percepción de enfermeras de la red básica de salud acerca de la violencia contra la mujer.** 2009. 148f. Disertación (maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

La violencia doméstica contra la mujer es un evento complejo y muy prevalente en Brasil, siendo los servicios de salud frecuentemente procurados por esas mujeres, lo que coloca los servicios y los profesionales de salud en lugar de destaque en el manejo de los casos. Considerando el papel del enfermero dentro del sistema de salud, el objetivo de este estudio fue comprender la percepción de esos profesionales sobre la problemática. Para tal fue utilizada un abordaje cualitativo en que fueron entrevistados 11 enfermeros que trabajan en las Unidades Distritales de Salud del municipio de Ribeirão Preto utilizando un cuestionario semi-estructurado. Los datos fueron procesados, leídos atentamente y organizados en las siguientes unidades temáticas: 1- Concepción de género; 2-Comprensión de las enfermeras sobre la violencia; 3-Atendimiento: Rezo para no llegar nada en mi plantón[...]Cuando llega es un problema!; 4-Aspectos Jurídicos: Está todo no cuaderno! e 5-Formación – Si hubo, fue una aula muy superficial. Las enfermeras entrevistadas perciben que hubo una mudanza en el papel de la mujer de la sociedad moderna, sin embargo, se mantiene una visión tradicionalista de género, así identifica un momento de transición en que la “mujer moderna” vive entre la paradoja de ser un sujeto social activo y ser la “reina del hogar”. En este sentido las enfermeras entrevistadas perciben que la mujer hoy en día, apenas multiplicó funciones, sin embargo todavía no dividió responsabilidades. Ellas perciben todavía la libertad sexual femenina como libertinaje, en este sentido prevalece el discurso en que para las mujeres es vedado el derecho de ejercer su sexualidad de forma libre, siendo este asunto tratado con denotaciones negativas. Asocian la violencia contra la mujer a aspectos relacionados a la individualidad de las parejas, aspectos externos relacionados al estilo de vida impuesto por la sociedad moderna y al uso de alcohol y drogas, atribuyen la continuidad de las relaciones violentas por el miedo, vergüenza y por dependencia financiera y moral de sus compañeros y falta de apoyo social, así esas mujeres permanecen las relaciones por no ver otra posibilidad de vida. Implícita en la temática da violencia contra las mujeres está siempre presente en los discursos el fato de las mujeres se mantener en relaciones asimétricas con sus parejas, lo que las tornan sumisas y contribuyen para el mantenimiento del ciclo de la violencia. En cuanto al atendimento se sienten despreparados para convivir con la situación, reconocen principalmente la violencia física y focalizan su asistencia al atendimento de las lesiones, percibimos la invisibilidad de la

violencia contra la mujer por los profesionales de salud, que posiblemente se distancian para evitar frustraciones frente al problema con el cual no se sienten preparados para convivir. No poseen conocimientos adecuados en cuanto a las cuestiones jurídicas, así al atender casos de violencia no se limitan a los factores legales, pero si los factores de orden personal, por las especificidades de cada caso atendido y por la propia estructura de los servicios. Por fin son unánimes en reconocer la necesidad de entrenamiento para que puedan abordar mejor el tema.

Palabras claves: 1. Violencia doméstica contra la mujer. 2. Enfermería. 3. Servicios de Salud. 4. Género

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

FIGURA 01 – Organograma das unidades de saúde de ribeirão preto .. 50

QUADRO 01 – Perfil dos entrevistados e duração das entrevistas 52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CSE	Centro Saúde Escola
DST	Doenças Sexualmente Transmissível
HC	Hospital das Clínicas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
PIB	Produto Interno Bruto
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	17
1.1 - Violência: uma visão geral	17
1.2 - Violência contra a mulher	21
1.3 - Violência contra a mulher sob a perspectiva de gênero.	23
1.4 - Violência contra a mulher: breve histórico.....	25
1.5 - Dimensão epidemiológica da violência contra a mulher e seu impacto para a mulher e sociedade	31
1.6 - Violência contra a mulher: sua dimensão nos serviços de saúde	35
1.7 - Modelo de cuidado biomédico – breve histórico	42
 2 - OBJETIVO GERAL.....	 46
2.1 - Objetivos específicos.....	46
 3 - PERCURSO METODOLÓGICO	 47
3.1 - Tipo de estudo	47
3.2 - Aspectos éticos	49
3.3 - Local do estudo.....	50
3.4 - Sujeitos do estudo.....	51
3.5 - Coleta de dados	52
3.6 - Análise dos dados.....	53
 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	 56
4.1 - A VISÃO DAS ENFERMEIRAS SOBRE A QUESTÃO DE GÊNERO	56
4.1.1 - O papel da mulher na sociedade... Mulher que coordena tudo! ...	56
4.1.2 - Liberdade sexual feminina: virou libertinagem... ..	64

4.2 - A VISÃO DAS ENFERMEIRAS ACERCA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	69
4.2.1 - Compreendendo a violência contra a mulher nos serviços de saúde.....	69
4.2.2 - Compreendendo os fatores associados à violência	75
4.2.3 - Percebendo os tipos e gravidade da violência.....	82
4.2.4 - Quem deve “Meter a Colher”?.....	86
4.3 - ATENDIMENTO: REZO PARA NÃO CHEGAR NADA NO MEU PLANTÃO [...] QUANDO CHEGA É UM PROBLEMA... ..	90
4.3.1 - Como a violência se apresenta nos serviços de saúde?.....	91
4.3.2 - Percepção sobre o atendimento realizado na unidade – É muito difícil lidar com isso!	100
4.3.3 - O atendimento ideal.	113
4.4 - ASPECTOS JURÍDICOS: ESTÁ TUDO NO CADERNINHO.....	115
4.4.1 - Tinha uma pasta aqui que tinha a notificação de violência... ..	116
4.4.2 - Lei Maria da Penha? É o nome de uma pessoa?.....	121
4.4.3 - Delegacia da mulher? Ela ainda existe?.....	124
4.5 - FORMAÇÃO - SE FOI, FOI UMA AULA BEM SUPERFICIAL.....	127
5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	133
APÊNDICES.....	145
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido.	145
APÊNDICE B - Roteiro da entrevista.	146
ANEXO - Comitê de Ética em Pesquisa HCFMRP/USP	148

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - Violência: uma visão geral

A violência é um evento que faz parte da história das civilizações, uma vez que as sociedades se organizam com base nas disputas entre os seus variados atores, sejam estas disputas pela sobrevivência, por poder ou status.

Assim Minayo (1994), que afirma que, apesar da violência estar presente em todas as sociedades, desde o início da humanidade, não é natural do ser humano ser violento, ou que a violência tenha raízes biológicas, mas esta se apresenta como um fenômeno biopsicossocial, complexo e dinâmico, que tem na vida em sociedade seu espaço de criação. A violência, portanto, é tão antiga quanto à convivência entre as pessoas, e por isso ainda hoje encontramos diversas formas de violência em nossa sociedade.

É, também, de tempos imemoriais a preocupação do ser humano em entender a essência da violência, assim como sua natureza, suas origens e meios apropriados, a fim de atenuá-la, preveni-la e eliminá-la da convivência social. Notamos, porém, o quanto se torna controverso sua compreensão, por seu caráter intersetorial, como sugere Minayo, (1994, p. 7):

Para entendê-la, há que se apelar para a especificidade histórica. Daí se conclui, também, que na configuração da violência se cruzam problemas da política, da economia, da moral, do direito, da psicologia, das relações humanas e institucionais, e do plano individual.

Muitos estudos e teorias foram desenvolvidos em torno do tema da violência, sendo que, de forma geral, a violência pode ser entendida como um caminho em contraposição à tolerância, ao diálogo, ao reconhecimento e à civilização, usada em sociedades em que o mais forte

possui poder sobre o mais fraco, e este deve manter a submissão frente aos fortes, mantendo-se a hierarquização das sociedades. Assim, a violência é usada quando o mais fraco tenta questionar o mais forte, sendo uma forma de manutenção do poder; então, se não existem questionamentos, não há violência, e a “ordem” se mantém (MINAYO, 1994).

Atualmente novas compreensões vêm sendo feitas sobre este tema,, buscando entender a violência a partir de seu caráter instrumental, isenta da autoridade e do poder.

Neste sentido, a violência é entendida como uma ferramenta para tentar garantir a superioridade frente ao mais fraco, havendo por isso uma ausência de vigor e energia. Encontra-se ao lado da fraqueza e da fragilidade, não ao lado do poder. É usada quando o sujeito não soube ou não foi capaz de exercer seu poder com respeito e coesão; portanto, a impotência leva à violência. Assim a violência seria uma forma de recuperação do mando, ocorrendo quando existe uma valorização do mais fraco e quando este se torna sujeito da relação (ARENDT, 2001).

Minayo (1994) entende ainda, que a violência dos indivíduos e grupos deva ser relacionada com a do Estado, uma vez que a violência faz parte da condição humana, e é captável nas suas expressões mais visíveis, trazendo para o debate público questões fundamentais além de questões sociais, vivenciadas individualmente, uma vez que somos, enquanto cidadãos, ao mesmo tempo sujeitos e objetos deste fenômeno.

Pontuamos ainda que as relações de força são distintas das relações violentas pois, enquanto as primeiras visam aniquilar o outro da relação, as relações violentas, ao contrário, visam manter a relação ativa e, para isso, devem manter as partes presentes uma para a outra (PEREIRA, 2000).

Com a evolução das sociedades, observamos um maior questionamento acerca dessa problemática, que segundo D'Oliveira (1996), passou a ser reconhecida a partir do século XIX, não porque tenha se tornado necessariamente mais intensa, mas devido ao

surgimento de um discurso ético e moral, que gerou iniciativas para conceituá-la e compreendê-la, baseado na idéia moderna de igualdade social.

Por sua amplitude e disseminação, a violência vem, nos últimos trinta anos,, adquirindo gradativa visibilidade, entrando na pauta de discussão e estudos de diferentes setores da sociedade preocupados em compreendê-la, em identificar os fatores que a determinam e buscando alternativas de enfrentamento que visam reduzi-la a níveis compatíveis com a ordem social estabelecida (FERREIRA, 2002).

Para a Organização Pan-Americana da Saúde (1993) “a violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu em um problema de saúde pública em vários países”. Por este motivo, as sociedades buscaram desenvolver estratégias de avaliação e intervenção baseadas nos direitos humanos, e assim foram delineando-se as variadas formas de violências que existem entre os diferentes grupos da sociedade.

Entre as variadas formas de violência, temos a intrafamiliar, que é entendida como:

Toda ação ou omissão que prejudique o bem estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora de casa, por qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com as pessoas agredidas. Inclui também as pessoas que estão exercendo a função de pai e mãe, mesmo sem laços de sangue (BRASIL, 2001).

Saffioti (1997) propõe a nomenclatura violência intrafamiliar após fazer uma análise das contradições existentes na construção dos sujeitos históricos, considerando gênero, raça/etnia e classe social e demonstra que existem particularidades, ainda que sutis, entre a violência doméstica e a violência intrafamiliar.

De acordo com a autora supracitada, a violência doméstica instala-se entre pessoas que não mantêm, necessariamente, vínculos de consanguinidade ou afetivos, enquanto que, a violência intrafamiliar

ocorre entre pessoas com vínculos consanguíneos e/ou afetivos, havendo em comum, entre estas modalidades, o espaço doméstico (SAFFIOTI, 1989).

No entanto, a própria autora afirma que elas são parcialmente sobrepostas, uma vez que: “[...] a violência familiar pode estar contida na doméstica” (SAFFIOTI, 1989, p.5). Assim, quando o agressor mantém vínculo de consanguinidade ou afetivo com vítima, trata-se, via de regra, de violência familiar e doméstica.

Assim, em relação à violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo, ambos os termos podem ser utilizados, haja vista que esse tipo de violência pode ser entendido tanto como intrafamiliar, por ocorrer entre sujeitos que mantêm laços afetivos, como pode ser conceituado como violência doméstica, por ocorrer dentro do espaço doméstico. Assim, neste estudo, utilizaremos esses termos como sinônimos, quando em relação às mulheres em situação de violência.

Nota-se, ainda, que violência intrafamiliar é um termo amplo, que abrange a violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos, e passa a ter visibilidade a partir do momento em que essas categorias se organizam e mostram-se importantes dentro da sociedade.

Segundo Minayo (2003), as agressões do espaço doméstico ocorrem em número infinitamente maior que a violência institucional. Essa característica tem contribuído para que hoje ela seja mais visível e pode estar relacionada ao que Deslandes (1994, p. 178) chama de “[...] desenvolvimento de uma consciência social em torno do tema”; e também a crescente mobilização em torno dos direitos humanos, nos últimos trinta anos.

As discussões sobre esse tipo de violência na sociedade tiveram como principal resultado a criação, no ano de 1991, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que, fundamentado na doutrina de proteção integral, define crianças e adolescentes como pessoas em situação peculiar de desenvolvimento, devendo gozar de todos os direitos

fundamentais inerentes à pessoa humana, competindo à família, à sociedade em geral e ao Estado, garanti-los (BRASIL, 1991).

Seguindo a mesma lógica, levando-se em consideração o envelhecimento da população brasileira, tornou-se evidente a problemática da violência contra os idosos, uma vez que hoje essa faixa etária corresponde a um percentual de 11,1% de cidadãos brasileiros, sendo impossível que os idosos e os problemas que lhes dizem respeito passem despercebidos no país (MINAYO, 2003; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2009).

Embora a vitimização dos idosos seja um fenômeno cultural de raízes seculares e suas manifestações facilmente reconhecidas desde as mais antigas estatísticas epidemiológicas, esse problema não havia se apresentado como relevância social. Neste momento histórico, a quantidade crescente de idosos oferece um clima de publicização das informações produzidas sobre eles, tornando-as um tema obrigatório da pauta de questões sociais (MINAYO, 2003).

Esta publicização gerou debates e discussões na sociedade que culminou em 1994 com a promulgação da Lei Federal 8.842, conhecida como Estatuto dos Idosos, que busca ordenar a proteção aos idosos (BRASIL, 1994).

Da discussão acima percebemos que as variadas formas de violência tornam-se visíveis socialmente, na medida em que os grupos se organizam e buscam por medidas resolutivas para o fato.

1.2 - Violência contra a mulher

A violência contra a mulher, também conceituada como violência doméstica contra a mulher, violência de gênero ou violência perpetrada por parceiro íntimo, atua como foco deste estudo, e foi definida oficialmente pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 1993 como:

Qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em dano físico, sexual, psicológico ou sofrimento para a mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, quer ocorra em público ou na vida privada.

É, sabidamente, o tipo mais generalizado de abuso dos direitos humanos e o menos reconhecido, pois ao contrário da violência contra crianças ou idosos, que gozam do privilégio da comoção, a mulher em situação de violência geralmente é considerada culpada pela agressão, estando esse evento rodeado de preconceito (DAY et al. 2003; SALIBA et al., 2007).

As mulheres brasileiras são duplamente vítimas de situações violentas; como cidadãs, se defrontam com as diversas formas de violência que atingem a sociedade brasileira; como mulher, as desigualdades salariais, o assédio sexual no trabalho, o uso do seu corpo como objeto nas campanhas publicitárias e o tratamento desumano que muitas recebem nos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

A violência de gênero inclui ainda o assédio moral e sexual e o tráfico nacional e internacional de mulheres e meninas. Os fatores que contribuem para a manutenção desse tipo de violência estão relacionados às desigualdades sociais, econômicas e políticas estruturais entre homens e mulheres, à diferenciação rígida de papéis, as noções de virilidade ligadas ao domínio e à honra masculina, comuns em diferentes sociedades e culturas. Seu impacto não se observa somente no âmbito individual, mas implica perdas para o bem-estar, segurança da comunidade e os direitos humanos (BRASIL, 2004).

A violência contra a mulher ocorre, fundamentalmente, no ambiente doméstico, sendo praticada, quase sempre, por homens da família, sendo por isso definida também como violência perpetrada por parceiro íntimo. Protegidos pelos laços afetivos, eles podem levar ao extremo as relações de dominação originadas na cultura patriarcal, centrada na idéia de sujeição das mulheres ao exercício do poder masculino e, se necessário, pelo uso da força (BRASIL, 2004).

O ambiente familiar carrega a cultura de desvalorização do papel do feminino, uma vez que a família é uma instituição social que organiza as relações sexuais entre gêneros e exerce, de forma direta, um controle social sobre a identidade e o corpo da mulher. Tal controle, conforme já dito quando exercido dentro de uma sociedade patriarcal, pode legitimar direitos dos maridos sobre suas esposas, dando-lhes prerrogativa de exercerem até mesmo a força física contra elas (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000).

Controle este, comprovado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Censo do ano de 2000, quando encontrou que 63% das vítimas de agressões físicas ocorridas no espaço doméstico eram mulheres (IBGE, 2000).

Percebemos assim que a violência contra a mulher é um evento específico e complexo, uma vez que se encontra dentro do ambiente privado, que é tido como um ambiente protetor para os que ali vivem, e como tal, traz implícita a idéia que todos os problemas devem ser resolvidos apenas pelos envolvidos.

1.3 - Violência contra a mulher sob a perspectiva de gênero.

A violência contra a mulher pode ser entendida ainda sob a perspectiva de gênero, e nesse sentido apresenta-se como resultado das relações de poder entre homem e mulher, tornando visível a desigualdade que há entre eles, em que o masculino é quem determina qual é o papel do feminino. Entretanto, é importante ressaltar que a diferença biológica não é formadora dessas características, mas sim o valor que atribuímos a elas em uma determinada sociedade (RIQUINHO; CORREIA, 2006).

Para entender essa problemática da violência de homens contra mulheres, a partir da perspectiva de gênero, é preciso incluir análises

sobre os processos de socialização e sociabilidade masculinas e os significados de ser homem em nossas sociedades.

Segundo Medrado e Lyra (2003), os homens, em geral, são educados desde cedo, para responder à expectativas sociais, de modo proativo, em que o risco e a agressividade não são algo que deve ser evitado, mas experimentado cotidianamente. A noção de cuidadoso, em geral, é substituída por uma postura destrutiva e autodestrutiva. Essa noção se desenvolve de diferentes maneiras e em diferentes lugares: nas brincadeiras infantis, na mídia segmentada por idade e sexo, nas ruas, escolas, casas, bares, quartéis, mosteiros, prisões, na guerra. Para os autores, pouco importa o lugar, o que importam são os recorrentes mecanismos de brutalidade constitutivos do tornar-se homem, pois a violência é, muitas vezes, considerada uma manifestação tipicamente masculina para resolução de conflitos.

Segundo os autores supracitados:

Os homens são, em geral, socializados para reprimir suas emoções, sendo a raiva, e inclusive a violência física, formas socialmente aceitas como expressões masculinas de sentimentos. Essas manifestações "aceitas", e muitas vezes estimuladas pela sociedade, podem representar portas abertas para atos violentos graves que atentam inclusive contra a vida de muitas mulheres e dos próprios homens (MEDRADO; LYRA, 2003).

Neste momento de transição dos conceitos de gênero, onde a mulher busca seu espaço em uma sociedade tipicamente machista, a violência ocorre tanto para manutenção, como para a recuperação do poder dos homens. É uma fonte de repressão do mais forte (masculino) sobre o mais fraco (feminino), tendo ainda a característica de ser crônico, um espiral vicioso que se desenvolve em escalada e não apenas um evento isolado, e assim com o passar dos tempos, as agressões tornam-se mais constantes e severas.

1.4 - Violência contra a mulher: breve histórico

A violência contra as mulheres passou a ter visibilidade graças ao movimento feminista – um dos dois mais importantes e revolucionários movimentos sociais do século XX – quando as questões relativas ao papel e ao lugar social da mulher na sociedade, à sexualidade feminina, aos problemas relacionais de gênero e à violência ganharam a arena pública. Esses temas transverteram os discursos políticos, informaram os conteúdos das denúncias de militantes dedicadas às transformações culturais e passaram a ocupar as agendas de políticas sociais de saúde, de segurança e de legislações específicas (TAQUETTE, 2007).

No Brasil, a violência de gênero foi reconhecida pela Constituição Federal de 1988, em seu parágrafo 8º, art. 226, que diz: “O Estado assegurará a assistência à família, na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito das relações” (BRASIL, 1988).

À partir da década de 80, no Brasil, a violência contra a mulher transformou-se em um dos grandes eixos de ação do movimento feminista no sentido assistencial, dando início à realização de parcerias com o Estado destinadas à formulação de políticas públicas que contemplassem a questão de gênero (KISS; SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 2007).

Um marco destas parcerias foi uma ação internacionalmente pioneira, a criação em 1985 da primeira Delegacia Especial de Atendimento a Mulheres (DEAM). Sua criação significou o reconhecimento, por parte do Estado, de que a violência contra as mulheres não era uma questão a ser abordada como um problema da esfera privada ou das relações interpessoais, mas um problema social que exigia, para o seu enfrentamento, ações públicas no âmbito da segurança e do direito, como também da saúde pelas sequelas que produz. (VILLELA; LAGO, 2007).

A implantação das delegacias teve impacto positivo na visibilidade da violência contra a mulher, no aumento das denúncias, mas também apresentou limites em sua operacionalização. Uma vez que, quando operadas de forma isolada e sem os elementos necessários à qualificação do atendimento dispensado à mulher, levam à chamada rota crítica: exposição da vítima a novas agressões, por debilidades dos sistemas protetivos; isolamento social e constantes deslocamentos visando à fuga da perseguição iniciada pelo agressor (BRASIL, 2004).

Massuno (2002) diz que, mesmo que a quantidade de denúncias se revela superior a cada ano, parece haver um descompasso entre a demanda dessas mulheres e as soluções propostas pelas delegacias, o que se evidencia no grande número de queixas que eram retiradas antes da promulgação da Lei Maria da Penha em 2006. Além disso, o caráter agressivo e punitivo da polícia brasileira, também se revela, muitas vezes, como uma violência a mais na vida das mulheres.

Uma explicação para este fato, segundo Saffioti (2004, p. 64), é que "a mulher carrega uma ideologia em torno da família que impede a denúncia tanto de abusos contra seus filhos e contra elas próprias", e quando o fazem, fazem na tentativa de mostrar ao agressor que podem fazer algo caso a situação de violência continue. Além disso, a mulher sente-se culpada pelo ocorrido, "a vítima sabe, racionalmente, não ter culpa alguma, mas, emocionalmente, é inevitável que se culpabilize".

Outra questão a ser abordada é que, enquanto na delegacia os casos de violência são abordados do ponto de vista legal, sendo criminalizados de acordo com as disposições da lei federal a respeito do assunto, a compreensão das mulheres em relação ao problema geralmente envolve dimensões subjetivas, que divergem bastante em forma e conteúdo das definições jurídico-policiais (CAMPOS, 2002; D'OLIVEIRA, 2000; BRANDÃO, 1998).

Para Kiss, Schraiber e D'Oliveira (2007, p. 487), apesar do inquestionável avanço representado pela inserção da violência doméstica no escopo das políticas públicas, "tal solução não se apresentou como

definitiva na resolução do problema, nem representou, ainda, um compromisso oficial do Estado com a comunidade internacional no combate efetivo da violência contra a mulher”.

Ainda no campo das políticas públicas, o Brasil no século XX, foi signatário de vários acordos internacionais que remetem, direta ou indiretamente, à questão da violência de gênero, e tiveram impacto em sua detecção e investigação, uma vez que tais compromissos firmados pelo governo brasileiro perante a comunidade internacional criam obrigações jurídicas para o país.

Entre esses acordos podemos citar: Carta das Nações Unidas (1945); Convenção contra o genocídio (1948); Pacto Internacional dos direitos civis e políticos (1966); Pacto internacional dos direitos econômicos, sociais e culturais (1966), Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação racial (1965), Convenção para eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (1979); Convenção contra a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanas ou degradantes (1984); Convenção sobre os direitos da criança (1989); Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher – Convenção de Belém do Pará (1994) e a IV Conferencia Mundial sobre a Mulher (1995) (CASIQUE, FUREGATO, 2006).

As recomendações das conferências criaram consensos internacionais, que faz com que os países signatários assumam a responsabilidade de implementar os princípios e programas aprovados, incorporando seus princípios nas políticas públicas (FERNANDES, 2003).

A IV Conferência Mundial Sobre a Mulher (1995) e a Convenção de Belém do Pará – Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (1994), tratam diretamente do tema da violência sexual, da violência de gênero e de todas as formas de discriminação contra a mulher, inclusive quanto à sua autonomia e direitos (FERNANDES, 2003).

No campo jurídico, as discussões sobre a violência de gênero tiveram grandes avanços com a reformulação do código civil, em 2002. Até esta data, os crimes contra as mulheres eram julgados como resultado da defesa da honra, fundamentado no antigo código pelo princípio da falta de autonomia feminina, uma vez que as mulheres eram consideradas frágeis e desprotegidas, e tinham como função social a maternidade e o cuidado do bem-estar da família (BRASIL 2002a, BRASIL, 2002b).

A reformulação do Código Civil representou o reconhecimento da cidadania feminina em temas como a organização da família; as regras de matrimônio; direitos iguais à administração de bens e responsabilidades na sociedade conjugal; o respeito à integridade física e à vontade da mulher nos casos de violência sexual, precedendo os interesses morais de quem quer que seja; a eliminação de dispositivos abertamente injustos, como a virgindade da mulher como qualidade essencial de pessoa; a expressão mulher honesta, e de figuras criminais como o adultério, sedução; a inclusão do assédio sexual como crime relativo ao uso de poder do agente sobre a vítima por cargo, profissão ou atividade religiosa, entre outros. As alterações conquistadas vieram a reforçar a luta contra a discriminação, mas são ainda insuficientes e precisam ser ampliados (CAMARGO; AQUINO, 2003).

Outro fato de relevância é que, até 2006, a violência contra as mulheres não estava especificada no código penal brasileiro, sendo os casos julgados pelos juizados especiais sob a Lei 9099/95, que dispõe sobre os Juizados Cíveis e Criminais, e propõe a aplicação de penas não privativas de liberdade a determinados delitos, definidos como de “menor potencial ofensivo”, incluindo os casos de violência doméstica (CAMPOS, 2001; BRASIL, 1995).

Até então, casos de violência doméstica, encontrava-se no mesmo status de uma simples briga de trânsito, por exemplo; e as penalidades, limitadas, na maioria das vezes, a uma mera cesta básica; assim a impunidade em relação aos crimes constituía incentivo a sua prática, o

que poderia ser encarado como desprezo aos direitos humanos das mulheres (BRASIL, 2004).

Em 07 de Agosto de 2006, como cumprimento de uma das determinações da Convenção de Belém do Pará, e da Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres da ONU, foi sancionada a lei N.º. 340/2006, conhecida como lei Maria da Penha em referência a Maria da Penha, cearense que protagonizou um caso de violência doméstica e familiar contra a mulher (BRASIL, 2006a).

A referida lei apresentou avanços no atendimento jurídico dos casos de violência contra a mulher, sendo os principais ganhos: o fato que a lei tipifica e define a violência doméstica e familiar contra a mulher; determina que a violência doméstica contra a mulher independe de sua orientação sexual; determina que a mulher somente poderá renunciar à denúncia perante ao juiz; ficam proibidas as penas alternativas; retira dos juizados especiais criminais a competência para julgar os crimes de violência doméstica contra a mulher e cria os juizados especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a mulher; a pena do crime passa a ser de 3 meses a 3 anos, possibilita prisão em flagrante e que os agressores tenham sua prisão preventiva decretada e ainda prevê medidas que vão desde a saída do agressor do domicílio à proibição de sua aproximação da mulher agredida e filhos, entre outras mudanças com igual importância.

A lei, como estabeleceu as formas de violência doméstica, definiu em seu capítulo I, artigo 5º, a violência doméstica e familiar contra a mulher como: "Qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial" (BRASIL, 2006a).

Assim, define as diferentes formas de violência caracterizando-as como:

Violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal,

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

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

Violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades,

Violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006a - LEI 11.340 cap. II, art. 7º, *grifo nosso*).

Ainda, segundo a Lei Maria da Penha (art. 5º), a violência doméstica ou familiar caracterizada pelo âmbito de sua ocorrência, pode estar configurada quando a ação ou omissão ocorrer no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas, no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços culturais, por afinidade ou por vontade expressa e em qualquer

relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação.

Além do exposto, temos ainda que a violência de gênero vai além do âmbito privado e reflete consequências negativas na sociedade em geral, à medida que afeta tanto o indivíduo que sofre a ação violenta, quanto compromete o desenvolvimento social, atingindo demais integrantes da família, bem como as crianças e adolescentes, repercutindo no meio comunitário e social em que essa família encontra-se inserida (RIQUINHO; CORREIA, 2006).

Atualmente a violência doméstica tem sido tratada como um problema social a ser enfrentado, e Azevedo (1985, p.27), justifica que “não é apenas por suas proporções quantitativas, mas também pela gravidade de suas consequências”.

1.5 - Dimensão epidemiológica da violência contra a mulher e seu impacto para a mulher e sociedade

Estudo realizado em diferentes países da América Latina aponta um número significativo de mulheres que afirmam ter sido vítimas de violência física exercida por seu parceiro. Em alguns desses países estudados, o percentual de mulheres que afirmou ter sido agredida fisicamente por um homem chegou a 50%, sendo que o menor percentual foi de 20% (HEISE, 1994).

No Brasil, já na década de 90, havia um número estimado em 300.000 mulheres que relataram terem sido agredidas fisicamente por seus maridos ou companheiros a cada ano. Mais da metade, de todas as mulheres assassinadas no Brasil foram mortas por seus parceiros íntimos (HEISE, 1994).

Estudo realizado com homens também evidencia uma situação preocupante. No Rio de Janeiro, pesquisa publicada em 2003, em que

foram entrevistados 749 homens, com idade entre 15 e 60 anos, destaca que 25,4% afirmaram ter usado violência física contra a parceira, 17,2% informaram ter usado violência sexual e 38,8% afirmaram ter insultado, humilhado ou ameaçado pelo menos uma vez a parceira (ACOSTA; BARKER, 2003).

Em Recife, no ano de 2002, foi aplicado um questionário a um total de 170 recrutas das forças armadas. Na questão “Há momentos em que mulher merece apanhar?” 25% deles responderam que “sim”; 18% disseram que “depende”. Além disso, 18% afirmaram que “já usou agressão física contra uma mulher” (MEDRADO et al., 2002).

Estudo recente trouxe a magnitude da violência contra a mulher em diversos países: 21% das mulheres na Holanda e Suíça, 29% no Canadá, 69% na Nicarágua, relataram ter sofrido violência física por parceiro íntimo ao menos uma vez na vida; estudo na Nicarágua – país passível de comparação com o Brasil - demonstrou que uma em cada duas mulheres havia sofrido violência física por seu companheiro alguma vez na vida, e uma em cada quatro havia sido vítima de violência física nos últimos 12 meses (RIQUINHO, CORREIA, 2006)

Estudo comparativo com instrumentos e desenhos comuns, realizado em 15 regiões de dez países, incluindo o Brasil, reitera a variação das elevadas taxas de violência contra a mulher, mostrando o parceiro como principal agressor, sendo que a variação na violência física vai de 13% (Okahama, Japão) a 61% (Cuzco, Peru), passando por 27 % na cidade de São Paulo e 34% na Zona da Mata Pernambucana, no Brasil (GARCIA-MORENO et al., 2005).

Pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo intitulada “A mulher brasileira nos espaços públicos e privados” no ano de 2001, onde foram entrevistadas 2502 pessoas, constatou em relação à violência que 43% das mulheres sofrem algum tipo de violência sexista e mais de 50% delas não pedem ajuda, sendo que em 53% dos casos os maridos e parceiros são os agressores (PERSEU ABRAMO; FUNDAÇÃO, 2001).

Pelos estudos de prevalência notamos que a violência contra as mulheres não é um fato raro nas sociedades atuais, assim os efeitos desse evento encontram-se presentes no nosso dia a dia.

Outro aspecto a ser abordado são os custos dessa violência para toda a sociedade, uma vez que de acordo com dados divulgados pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), os custos da violência na América Latina representam 14,2% do Produto Interno Bruto (PIB) dos países da região. Este percentual alcança cerca de US\$ de 168 bilhões, anualmente. O Brasil é apontado como o país que mais sofre com o problema, perdendo cerca de 10,5% do seu PIB, o que representa US\$ 84 bilhões anuais (HEISE; PITANGUY; GERMAIN, 1998).

Apesar das altas prevalências, nota-se que a violência contra a mulher permanece muitas vezes invisível em nossa sociedade. Ainda, segundo a pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo no ano de 2001, demonstra incoerências próprias da invisibilidade do problema, pois quando se pergunta de forma estimulada, 43% das mulheres revelam ter sofrido violência, mas espontaneamente, apenas 19% o admitem. As próprias vítimas perdem a dimensão da violência a que são submetidas, pela forma como esta é tratada socialmente. Isso prejudica a formulação de políticas públicas, pois um dos fatores que influenciam a ação do Estado é a pressão de grupos que, conscientes dos seus problemas, assumem uma postura crítica e mobilizam a opinião pública (PERSEU ABRAMO, FUNDAÇÃO, 2001; BRASIL, 2004).

Esta pesquisa mostra ainda que cerca de uma, em cada cinco mulheres brasileiras, sofreu algum tipo de violência por parte de algum homem. "A projeção da taxa de espancamento (11%) para o universo investigado (61,5 milhões) indica que pelo menos 6,8 milhões, dentre as brasileiras vivas, já foram espancadas ao menos uma vez". Projeta-se no mínimo 2,1 milhões de mulheres espancadas por ano, ou seja, uma em cada 15 segundos. (PERSEU ABRAMO, FUNDAÇÃO, 2001)

Schraiber et al (2002), destacam que os eventos ocorridos no ambiente familiar não são nomeados como violência, sendo este termo

utilizado para expressar situações do espaço público. Outro fator que faz com que as mulheres não caracterizem o que ocorre com elas como sendo uma violência, está ligado ao fato de que este termo tem sido utilizado para expressar uma situação grave e, ainda que muitas vezes a situação doméstica seja extremamente severa, por uma questão cultural, há uma negação da violência contribuindo para a invisibilidade do problema.

Ressaltamos que a ausência de informações das próprias mulheres sobre suas diversas condições de inferioridade na sociedade, denuncia mais uma vez a invisibilidade do problema, segundo aponta Saffioti (2004, p.44) "isto revela a necessidade de tornar ainda mais visíveis as várias modalidades de violências praticadas contra as mulheres, em especial a violência doméstica".

Assim defendemos a importância da formulação de políticas públicas capazes de, se não solucionar, ao menos minimizar a violência doméstica praticada contra as mulheres. Políticas essas que, por se tratar de um fenômeno complexo e dinâmico, devem ser desenvolvidas transversalmente buscando a equidade entre os sexos, reconhecendo igualmente seus direitos (MEDEIROS, 2005; BRASIL, 2004).

Idéia defendida também pelo Ministério da Saúde ao afirmar que:

As informações disponíveis atestam que a violência contra a mulher é um fenômeno transversal que atinge mulheres de diferentes classes sociais, origens, regiões, estados civis, escolaridades ou raças. Isto justifica a adoção de políticas de caráter universal, acessíveis a todas as mulheres, que englobem as diferentes modalidades pelas quais ela se expressa (BRASIL, 2004).

Os esforços para o reconhecimento da prevalência da violência contra a mulher, sua caracterização como fenômeno social de grande magnitude, vêm avançando, colocando desafios a todos que lidam com o problema. Por sua complexidade, a resposta à violência e, em particular à violência contra a mulher, exige o engajamento e a contribuição de diferentes profissionais, setores sociais e comunitários e dos governos nacional e local. Estes esforços vêm construindo amplo campo de reflexão

e ação que coloca o bem-estar, a segurança da comunidade e os direitos humanos como agenda comum às diferentes áreas de atuação de políticas públicas, envolvendo fortemente serviços e profissionais de saúde (BRASIL, 2005b).

Por acreditarmos que a violência doméstica é uma problemática do setor de saúde, ressaltamos que, este também necessita de políticas públicas que abarquem a questão, neste sentido discorreremos sobre o papel dos serviços de saúde e dos profissionais de saúde na temática da violência doméstica contra as mulheres.

1.6 - Violência contra a mulher: sua dimensão nos serviços de saúde

A violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo vem sendo encarada como problema de saúde pública, não somente devido às suas complicações, uma vez que gera danos à saúde física e mental das mulheres, mas também pelo fato de que os serviços de saúde são os locais mais procurados por mulheres nessa situação, gerando assim um aumento da demanda de atendimento e dos gastos com saúde e representando um custo real para a sociedade (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000; SALIBA et al, 2007).

Entendemos que a violência contra a mulher é um dos principais indicadores da discriminação de gênero e um grave problema de saúde pública. O Relatório Mundial da Organização Mundial de Saúde sobre Violência, publicado em 2002, destaca um visível custo humano e elevado custo à rede de saúde pública de saúde, relativo às internações e ao atendimento físico e psicológico; e repercussões no mercado de trabalho, em razão dos prejuízos ao desempenho profissional da vítima.

Ao tratar a violência como um problema de saúde, o setor cria uma nova pauta interna de questões que são, ao mesmo tempo, ricas,

necessárias e inquietantes, e passa a reconhecer que esse fenômeno não é uma doença do agressor, nem uma doença da vítima, mas um sério problema social que causa agravos à saúde (BRASIL, 2002b).

Para Kiss, Schraiber e D'Oliveira (2007, p. 489):

[...] pode-se considerar que a abordagem da saúde contrastaria com a jurídico-policial, em primeiro lugar pelo sentido das intervenções propostas: enquanto a primeira concentra-se na "vítima", dentro de uma perspectiva propositiva, na segunda, o alvo é o agressor, dentro de um modelo reativo.

No entanto, nota-se que tanto na saúde quanto no campo jurídico-policial, permanecem desajustes quanto às linguagens utilizadas, de um lado, pela mulher que vivencia a situação e, do outro, pelo profissional a quem recorre (D'OLIVEIRA, 2000).

É a partir da década de 1980 que o movimento de mulheres remete, estrategicamente, a discussão da violência aos campos da saúde e do desenvolvimento social. O tema incorpora, então, novas linguagens e passa a ser explorado como um problema de saúde, vinculado ao campo das políticas públicas (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Como questão de saúde, a violência contra a mulher passa a ter importância no Brasil na década de 80, com a implantação do Programa de Assistência Integrada à Saúde da Mulher – PAISM, em 1983. Esse programa incorpora de forma clara a pauta dos direitos sexuais e reprodutivos e dá lugar de destaque à reflexão sobre a violência de gênero. O Programa de Assistência Integral à Mulher leva em conta a relevância do tema da violência e oficializa um tipo de olhar específico para o problema em todo o serviço público (BRASIL, 2004).

Entretanto, esta iniciativa não significou, na época, mudanças expressivas na atenção à mulher em situação de violência, pois somente na década de 90 foram tomadas medidas mais efetivas como a criação de serviços de atenção à violência sexual para a prevenção e profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis, de gravidez indesejada e para a realização de aborto legal quando necessário (SILVA, 2003).

Atualmente, diversas organizações têm desenvolvido guias para nortear as ações de profissionais de saúde, de modo que possam identificar, apoiar e dar o devido encaminhamento às vítimas. Tais medidas são resultados da compreensão de que a violência representa uma violação dos direitos humanos, consistindo, ainda, em uma importante causa de sofrimento e um fator de risco para diversos problemas de saúde de cunho físico e psicológico (SILVA, 2003).

Com o objetivo de dar visibilidade ao tema, permitir o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção, foi promulgado, em 24 de novembro de 2003, a Lei 10.778 que obriga os serviços de saúde públicos ou privados a notificar casos suspeitos ou confirmados de violência de qualquer natureza contra a mulher (BRASIL, 2003).

Em 2004, o Ministério da Saúde, cumprindo metas definidas internacionalmente, define o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, que expressa o reconhecimento do papel do Estado como promotor e articulador de ações políticas que garantam um Estado de Direito expressando o entendimento de que cabe a ele, e aos governos que o representam, garantir políticas públicas que alterem as desigualdades sociais existentes em nosso país. Reconhece, ainda, que a construção destas políticas deve ser feita em permanente diálogo com a sociedade e as organizações que a representam (BRASIL, 2004).

Em 2005, lançou várias normas técnicas como as que tratam sobre atendimento aos agravos decorrentes da violência sexual; sobre a anticoncepção de emergência nos casos de violência sexual contra mulheres e adolescentes e sobre a atenção humanizada às situações da interrupção da gravidez prevista em lei. Mais recentemente, em 2006, lançou a "matriz pedagógica" para formação de Redes de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em situação de violência doméstica e sexual (BRASIL, 2005a, BRASIL, 2005b, BRASIL, 2006b).

Entretanto, apesar desses avanços, o setor de saúde nem sempre vem oferecendo uma resposta satisfatória para o problema, que acaba

diluído entre outros agravos, sem que se leve em consideração a intencionalidade do ato que gerou o estado da morbidade. Esta situação decorre dos modelos assistenciais implantados, que se limitam a cuidar dos sintomas das doenças e não contam com instrumentos capazes de identificar causas geradoras dos problemas. Como resultado, temos intervenções que determinam respostas insuficientes dos serviços para as necessidades das mulheres. Uma vez que a situação geradora não se extingue, suas repercussões sobre o adoecimento do corpo ou o sofrimento mental ressurgem e voltam a pressionar os serviços para novas intervenções (SILVA, 2003).

Assim, conforme D'Oliveira (2000, p.9):

Se a violência contra a mulher não é exatamente uma demanda pela ação penal diante de um possível crime, para os policiais; o sofrimento da mulher em situação de violência, tampouco é doença para os médicos e profissionais de enfermagem, a não ser que haja alguma base anatomopatológica objetiva para justificá-lo.

Consideramos que os profissionais de saúde estão em posição estratégica para o diagnóstico e a atuação sobre o problema da violência, em especial a violência contra a mulher, uma vez que, por medo, vergonha ou mesmo por considerar os obstáculos encontrados em sua trajetória para denunciar e obter assistência e proteção, a maior parte das mulheres omite a violência sofrida. Nos últimos anos, múltiplos esforços, na maior parte dos países, têm procurado modificar a resposta dos serviços de saúde aos casos de violência (BRASIL, 2005a).

Evidências apontam que a maioria das mulheres tem contato com o sistema de saúde em algum momento de suas vidas; por exemplo, quando têm filhos, quando buscam assistência para eles ou outro parente, ou quando buscam métodos contraceptivos. Isso coloca serviços e profissionais de saúde em lugar de destaque, uma vez que as mulheres que sofrem abuso podem ser identificadas, receber assistência e, se necessário, serem encaminhadas a serviços especializados. Torna-se assim indiscutível o papel dos serviços e profissionais de saúde no manejo dos casos de violência contra a mulher (BRASIL, 2005a).

Ressaltamos, também, que os reflexos da violência são, nitidamente, percebidos no âmbito dos serviços de saúde, seja pelos custos que representam, seja pela complexidade do atendimento que demandam.

Dados da literatura mostram que as mulheres abusadas sexualmente ou espancadas elevam os custos do sistema de saúde em 2.5 vezes, quando comparado àquelas que não foram vitimizadas (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000; HEISE, 1994; BRASIL, 2004).

Neste sentido, a organização Pan-Americana de Saúde (1993) traz que:

“O setor saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social”

Todavia, os profissionais dessa área tendem a subestimar a importância do fenômeno, voltando suas atenções às lesões físicas, raramente se empenhando em prevenir ou diagnosticar a origem das injúrias. Esse fato pode estar relacionado à falta de preparo profissional, ou, simplesmente, à decisão de não se envolver com os casos (SALIBA et al, 2007).

Fatores como a insensibilidade e a falta de capacitação dos profissionais de saúde, a tendência à medicalização dos casos e a pouca articulação entre os diferentes setores da sociedade, tornam o problema ainda mais complexo e de difícil abordagem (MARINHEIRO; VIEIRA; SOUZA, 2006).

Conforme já discutido, a violência de gênero é tida como um assunto privado, que só deve ser resolvido pelos envolvidos. Os profissionais de saúde, além desta idéia, também tendem a compreender a violência doméstica como uma problemática que diz respeito à esfera da Segurança Pública e à Justiça, e não à assistência médica. Assim o despreparo do profissional em lidar com as vítimas que recorrem ao seu

serviço se deve, possivelmente, ao desconhecimento acerca de como proceder frente a esses casos (SALIBA et al, 2007; MARINHEIRO; VIEIRA; SOUZA, 2006).

Dados do Instituto Mexicano de Investigação de Família e População na Cidade do México mostram que 77 a 88% dos profissionais de saúde desconhecem a existência de protocolos de atenção a vítimas de violência, e identificam um de cada cinco casos por mês. Estudo americano demonstra que os profissionais de saúde identificam uma de cada 20 vítimas de violência doméstica (RODRIGUEZ-BOLANOS et al, 2005; ELLIOT et al, 2002).

Estudo realizado com médicos da American Medical Association Physician Masterfile (1998) demonstrou que os médicos entendem o problema da violência doméstica como sendo tão importante quanto qualquer outro problema clínico, porém apenas 27% se consideram habilitados para reconhecê-la, sendo as barreiras apontadas para o não reconhecimento a falta de capacitação, falta de tempo, recursos inadequados, medo de ofender a paciente ou simplesmente esqueciam-se de perguntar (ELLIOT et al, 2002).

Barreiras para a identificação e a referência das vítimas são múltiplas e dependendo de sua origem podem ser eliminadas por meio de intervenções e capacitação dos profissionais de saúde e pela reorganização dos serviços. (RODRIGUEZ-BOLANOS et al, 2005).

Ainda segundo Rodriguez-Bolanos et al (2005), barreiras difíceis de eliminar estão relacionadas com condições sociais, culturais e pessoais, desde a perspectiva de gênero, que são cruciais para compreender este problema. Apontam, ainda, que falar deste tema significa introduzir-se no espaço privado, aspecto negado tanto pelas vítimas quanto pelos profissionais de saúde.

Saliba et al (2007), apontam que a maioria das disciplinas de saúde não contempla, em seus currículos e programas de educação continuada, a formação e treinamento dos aspectos relacionados com a violência. O reflexo dessa falta de capacitação é a realidade dos profissionais de saúde

que não se encontram preparados para oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo à saúde das vítimas.

Reconhecendo a violência de gênero como problema de saúde pública, a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization - WHO), ressalta a importância da capacitação dos profissionais para reconhecê-la e abordá-la por meio do acolhimento, reconhecer a integridade das mulheres como sujeitos com direitos humanos, informá-las sobre recursos da sociedade, tais como delegacias de mulheres e casas de abrigo, e reconhecer as situações de risco de vida para proteger a paciente, trabalhando em articulação com os outros setores da sociedade (WHO, 1997; MARINHEIRO, VIEIRA, SOUZA, 2006).

Pelo exposto, notamos que os serviços de saúde têm um papel fundamental na questão da violência de gênero, uma vez que as mulheres em situação de violência procuram pelos serviços de saúde mais do que aquelas que não se encontram nessa circunstância, fazendo deste serviço um local de crucial importância para a identificação, tratamento e referência dos casos para outros setores da sociedade. Para tanto, se faz necessário que os profissionais de saúde conheçam a temática, e saibam as condutas adequadas para cada caso.

Considerando que a equipe de enfermagem está presente em todos os serviços de saúde em um número bastante elevado, e que assumem, dentro da equipe de saúde, um papel de proximidade com os usuários, entendemos que esses profissionais funcionam como um mediador e interlocutor das queixas dos pacientes.

O profissional enfermeiro, enquanto coordenador da equipe de enfermagem e figura ativa no acolhimento dos pacientes, é peça chave para a identificação das mulheres que vivem em situação de violência. Eles mantêm com os usuários dos serviços de saúde uma relação de vínculo e confiança, que facilitam a abordagem desse tema, assim como seu melhor desfecho, uma vez que esse profissional funciona também como mediador do paciente, com outros profissionais e outros serviços.

Ressaltamos ainda o exposto por Monteiro e Souza, 2007, que os profissionais de enfermagem ao interagir com o ser doente, valorizam ações como respeito, dignidade e amor ao próximo, procurando zelar pelo bem-estar daqueles que assistem. Diante disso, concluímos que a Enfermagem vê o ser humano como estando inserido num contexto social, educacional, econômico e cultural, para que o assistir se faça em toda a dimensão humana.

Considerando o papel do enfermeiro dentro do sistema de saúde, acreditamos que um passo importante a ser dado é compreender a percepção destes profissionais sobre a problemática da violência doméstica contra a mulher, para entendermos suas necessidades, buscando a melhora do atendimento a essas mulheres.

Ressaltamos, porém, que os profissionais que hoje atuam nos serviços de saúde tiveram uma formação calcada em conceitos biologistas e individualistas, sendo que essas características determinam sua atuação profissional e seu discurso em uma questão multifacetada e de cunho social, como a violência doméstica contra a mulher; neste sentido faz-se necessário, para um melhor entendimento da questão, uma abordagem do contexto histórico da formação dos profissionais de saúde, abordagem esta que será realizada de forma superficial, apenas para propiciar um melhor entendimento do tema.

1.7 - Modelo de cuidado biomédico – breve histórico

A economia mundial sofreu grandes transformações no decorrer do século XIX e XX, passando de um modelo agroexportador para um estado industrial capitalista, gerando grandes alterações na organização de trabalho da população. No Brasil, as transformações da organização do trabalho passam a ocorrer de forma ampliada a partir da segunda metade do século 20, quando houve a instalação de empresas transnacionais

norte-americanas, que implantam e difundem o modelo taylorista/fordista de organização do trabalho. (SOBRINHO; NASCIMENTO; CARVALHO, 2005).

Assim, até a metade do século XX, a economia brasileira esteve dominada por um modelo agroexportador assentado no café e, portanto, exigia do sistema de saúde, uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação, ou controle, de doenças que poderiam prejudicar a exportação, configurando-se assim o modelo de saúde chamado de sanitarismo campanhista (MENDES, 2002).

Com o advento da revolução industrial, o modelo econômico agroexportador teve seu fim, e por sua vez a industrialização acelerada, vivida pelo Brasil a partir da década de 50, determinou um deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos, o que gerou uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde. Assim, o importante já não era sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva; assim o modelo de saúde foi substituído pelo modelo médico assistencial privatista (MENDES, 2002).

Para atender a essa transformação, o sistema previdenciário brasileiro consolidou-se, garantindo assistência médica e farmacêutica aos trabalhadores incorporados às empresas nacionais e transnacionais, formalmente regulados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Esse acesso a benefícios sociais garantiu a neutralização das resistências dos trabalhadores, por meio de aumentos salariais, política de pleno emprego, estabilidade e benefícios ofertados pela empresa privada, entre eles a assistência médica (MENDES, 2002).

Como a estrutura econômica determina o lugar e a forma de articulação da medicina na estrutura social, esta se modifica de forma dinâmica para se ajustar às transformações históricas do processo de produção econômica, e assim o modelo de atenção sofreu grandes modificações neste período. (SOBRINHO; NASCIMENTO; CARVALHO, 2005).

Essas transformações ocorridas no plano geral, repercutem na prática e no saber da medicina, que, de um modelo artesanal, de controle individualizado da própria força de trabalho, assume elementos estruturais dessa racionalidade científica, tanto no plano particular como no plano social ampliado, assumindo assim características como: o mecanicismo; o biologismo; o individualismo; a especialização; a exclusão das práticas alternativas; a concentração de força de trabalho em saúde nos hospitais; tecnicismo do ato médico e ênfase na medicina curativa (SOBRINHO; NASCIMENTO; CARVALHO, 2005).

Aplicou-se então a saúde à lógica da produção capitalista, tornando possível gerenciar aqueles que produzem essa mercadoria (os profissionais de saúde), sendo o hospital o espaço privilegiado para implementar esse novo modelo de organização do trabalho (SOBRINHO; NASCIMENTO; CARVALHO, 2005).

Neste contexto, houve o reforço do paradigma cartesiano (desconexão corpo – alma) na medicina, uma vez que este responde às necessidades do sistema, pois defende que a medicina “conserta” o defeito de funcionamento do organismo, noção do corpo como máquina, onde a tarefa do sistema de saúde é o conserto dessa máquina.

Assim os serviços de saúde passam a ter como principais características o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada; a criação de um complexo médico industrial e o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento do produtor privado destes serviços (MENDES, 2002).

Com esta configuração houve ampliação da capacidade de diagnosticar e tratar problemas de saúde, mais também aumento constante dos custos, institucionalização das práticas de saúde e perda do controle dos meios de trabalho por parte da maioria dos profissionais (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Segundo Feuerwerker e Cecílio (2007, p.966):

A institucionalização das práticas de saúde, a perda do controle sobre os meios de trabalho, a crescente especialização e a maciça incorporação de tecnologias duras (equipamentos e medicamentos) contribuíram para que houvesse um predomínio das tecnologias duras e leve duras (os saberes científicos da clínica e da epidemiologia), e um empobrecimento dos aspectos intersubjetivo da relação profissionais / usuários. Desse modo, o trabalho médico e o trabalho em saúde em geral orientaram-se aos procedimentos e não às necessidades das pessoas, havendo empobrecimento de sua dimensão cuidadora.

Para responder a esse sistema, a formação do profissional da saúde seguiu na mesma linha, ou seja, uma formação que defende modelos de raízes causais únicas – biologista, onde cada sistema corpóreo deve ser entendido em sua profundidade; assim formam-se especialistas e perde-se a noção do todo. Formação que defende, ainda, que o profissional deve estar dissociado das preocupações sociais, uma vez que estas são causadas por força sobre os quais os profissionais não têm controle (CAPRA, 2006).

Assim os processos de desenvolvimento tecnológico e de especialização tiveram seu maior impacto no ensino de graduação, em função da perda de consenso sobre as competências típicas da formação geral e sobre as contribuições das diferentes áreas de saber nesse âmbito. Houve, assim, ao longo do tempo, uma multiplicação da oferta de disciplinas, de conteúdos, de procedimentos, acarretando fragmentação e desarticulação de conteúdos na formação da graduação (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Assim, entendemos que essas raízes estão presentes no dia-a-dia do atendimento dos serviços de saúde brasileiros nos dias de hoje, mesmo após a constituição federal de 1988, que preconiza o SUS (Sistema Único de Saúde) e seus princípios que visam o bem estar social e vai contra essa forma de organização

Neste sentido, ao entrevistar os enfermeiros, julgamos de vital importância levar em consideração essas características para assim podermos melhor compreender suas percepções sobre a questão da violência de gênero.

2 - OBJETIVO GERAL

Compreender como os enfermeiros que atuam nas Unidades Distritais de Saúde de Ribeirão Preto percebem a violência perpetrada por parceiro íntimo, no contexto do cuidado da saúde da mulher vitimizada.

2.1 - Objetivos específicos

- Identificar as necessidades e dificuldades percebidas pelos enfermeiros, relacionados à sua formação e atuação profissional no atendimento às usuárias em situação de violência.
- Identificar os fatores e condições situacionais atribuíveis à ocorrência de violência contra a mulher na visão dos enfermeiros.
- Conhecer os significados, atribuídos pelos enfermeiros, ao cuidado prestado às mulheres em situação de violência no contexto dos serviços de saúde.

3 - PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 - Tipo de estudo

Este estudo é parte integrante do projeto de pesquisa denominado: “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 Gênero e Saúde, coordenado pela Prof^a.dr^a. Elisabeth Meloni Vieira, do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, desenvolvido em parceria com o Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e com o Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto, com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Este, teve como objetivo geral estudar a prevalência de casos de violência contra a mulher (doméstica e sexual) entre usuárias de serviços de saúde do setor público de Ribeirão Preto, conhecer suas características e as necessidades dos profissionais de saúde para atendimento adequado das mulheres nessa situação.

O presente estudo, como parte do anterior, visa compreender a percepção dos enfermeiros que atuam nas Unidades Distritais de Saúde de Ribeirão Preto acerca da violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo. Para seu desenvolvimento optamos por realizar uma pesquisa de cunho qualitativo, considerando que esta modalidade trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, a mais adequada para atingir os objetivos propostos (MINAYO, 2007).

A pesquisa qualitativa possibilita ainda apreender a complexidade do fenômeno, trazendo para a análise o subjetivo e o objetivo dos sujeitos

sociais, de acordo com suas visões de mundo, sendo assim o método que melhor responde aos nossos objetivos (NAKANO, 2003).

Para obter a linguagem e o discurso dos participantes como material de estudo, optamos pela entrevista, que no sentido amplo da comunicação verbal, pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado, informações estas pertinentes ao universo que se pretende estudar (MINAYO, 2007; HAGUETTE, 1995)

Buscando a compreensão sobre a percepção dos enfermeiros que atuam nas Unidades Distritais de Saúde de Ribeirão Preto, acerca da violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo, utilizamos a entrevista semi estruturada, uma vez que essa é uma técnica que permite dar voz ao entrevistado, evitando impor as pré-concepções e categorias do pesquisador, criando assim um material que se refere às práticas sociais dos entrevistados, sendo então relevante ao objetivo da investigação (SPINK, 2004).

Essa técnica, a partir do roteiro pré-estabelecido, cria um ambiente propício ao estabelecimento de uma relação de confiança, o que possibilita ao entrevistador a chance de obter novas interrogativas que surgem a partir das informações apresentadas pelo participante, possibilitando uma compreensão mais aprofundada da problemática estudada; possibilita ainda a identificação de fenômenos inesperados, assim como entender os processos pelos quais as ações e os eventos ocorrem (MAYKUT; MOREHOUSE, 1994).

O roteiro de entrevista (Apêndice B) foi desenvolvido pelo grupo de estudo Saúde e Gênero, a partir dos achados na literatura que destacam as dificuldades dos profissionais de saúde para lidar com a problemática por nós estudada, e para tal foram consultados diversos autores, tais como: Sugg; Inui, 1992, Lamberg, 2000; Ramsay et al. 2002; Rodriguez et al. 2001; Santos, 2003; Vieira et al. 2005.

O roteiro foi elaborado para buscar extrair dos participantes suas percepções, significações e opiniões sobre a violência doméstica. Abordou questões de identificação, formação profissional, percepção das relações de gênero, percepção sobre violência doméstica, atuação profissional diante da violência e conhecimentos jurídicos para possíveis encaminhamentos.

Para sua adequação, foi realizado, por uma integrante do grupo de pesquisa, um pré-teste composto por 5 entrevistas com profissionais de saúde de Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto, buscando verificar e adequar o roteiro da entrevista, e se havia alguma pergunta constrangedora, não compreendida pelos participantes, desnecessária, e a ordem das perguntas. Após a realização do pré-teste, concluiu-se que o roteiro da entrevista satisfazia aos objetivos da pesquisa.

3.2 - Aspectos éticos

Foram realizadas entrevistas com enfermeiros que concordaram em participar do estudo e deram seu aval com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), que foi elaborado segundo a resolução nº. 196/96 sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, no qual consta os objetivos da pesquisa, explicações sobre a forma de participação do possível entrevistado, o tipo de entrevista e o assunto a ser discutido, esclarecimentos de que a entrevista seria individual, realizada em local seguro e escolhido pelo entrevistado a fim de preservar a identidade e integridade do participante, além de esclarecimentos sobre a disponibilização do material para que o participante possa alterar ou omitir qualquer dado citado.

O projeto de pesquisa, após aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, foi submetido e aprovado 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).

3.3 - Local do estudo

O estudo foi realizado nas Unidades Distritais de Saúde do município de Ribeirão Preto, unidades estas que fazem parte da Rede Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP, organizada conforme organograma abaixo, cedido pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS, 2008).

Fonte: www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br. Acesso em: 20/11/2008

FIGURA 1 - Organograma das Unidades de Saúde de Ribeirão Preto

A rede de saúde de Ribeirão Preto está dividida em cinco Distritos de Saúde (Norte, Sul, Leste, Oeste e Central), Saúde Mental e Ambulatório Regional de Especialidades. Cada um destes distritos de saúde conta com uma Unidade Distrital de Saúde, que dentro da organização do Sistema Único de Saúde, corresponde ao serviço de nível secundário de assistência à saúde, uma vez que serve de referência para um grupo de unidades Básicas de Saúde, oferecendo atendimento de urgência/emergência além do atendimento de especialidades.

3.4 - Sujeitos do estudo

Fizeram parte da pesquisa onze enfermeiros que atuam nas Unidades Distritais de Saúde, nos diferentes turnos de trabalho, nas diferentes áreas de atendimento (urgência/emergência e especialidades) e que concordaram em participar da pesquisa, assinando o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos aqueles sujeitos que haviam participado de outra etapa do estudo que buscou identificar aspectos acerca do conhecimento e manejo de casos, etapa esta que ocorreu concomitantemente à nossa coleta. Estes sujeitos foram excluídos, pois julgamos que sua participação prévia, poderia interferir em seus discursos, não revelando assim sua real percepção acerca da violência perpetrada por parceiro íntimo contra a mulher.

Para cessar a fase de coleta de dados usamos a técnica de saturação dos dados, definida por Fontanella et al. (2008) como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição. Interrompe-se a captação de novos componentes quando as informações fornecidas pelos novos participantes pouco acrescentariam ao material já obtido, não contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica.

PARTICIPANTE	UBDS	DATA DA ENTREVISTA	SEXO	IDADE	ESTADO MARITAL	TEMPO DE GRADUAÇÃO	TEMPO DE TRABALHO NA REDE	DURAÇÃO DA ENTREVISTA
1	Central	13/07/2007	M	54	casado	24 anos	22 anos	48 min
2	Vila Virgínia	06/08/2007	F	30	casada	9 anos	3 anos	21m28s
3	Vila Virgínia	06/08/2007	F	45	casada	23 anos	1 ano	18 min
4	Central	07/08/2007	F	32	divorciada	10 anos	9 anos	40m3s
5	Quintino II	08/08/2007	F	30	casada	6 anos	3 anos	28m 37s
6	Quintino II	08/08/2007	F	33	casada	11 anos	1 ano	26m37s
7	CSE/Sumarezinho	21/08/2007	F	29	casada	8 anos	5anos	27m22s
8	CSE/Sumarezinho	21/08/2007	F	48	casada	25 anos	10 anos	45m32s
9	Castelo Branco	03/09/2007	F	57	casada	36 anos	12anos	38m 18s
10	CSE/Sumarezinho	04/09/2007	F	45	casada	22 anos	14 anos	29m10s
11	Vila Virgínia	04/09/2007	F	61	viúva	36 anos	12 anos	43m7s

QUADRO 1 - Perfil dos entrevistados do estudo e duração das entrevistas. Ribeirão Preto, 2009.

3.5 - Coleta de dados

Antes de entrarmos no campo, contactamos o gestor local das unidades, reforçando a cada um deles a aprovação do estudo pela Secretaria Municipal de Saúde do município por meio de uma carta explicativa sobre as intenções e os objetivos da pesquisa.

Após o consentimento, iniciamos as entrevistas, que ocorreram nas próprias unidades por meio de abordagem do enfermeiro de plantão, quando era apresentado o projeto e feito o esclarecimento de possíveis dúvidas. Uma das principais barreiras encontradas para a coleta de dados foi à falta de tempo dos enfermeiros, uma vez que em determinados períodos havia apenas um enfermeiro de plantão, o que a depender da demanda, impossibilitava a realização da entrevista. Assim, apesar de termos, inicialmente, a intenção de abordar enfermeiros de todos os

turnos de serviço, alguns períodos como o vespertino, noturno e os plantões de final de semana, em algumas unidades, pela grande demanda de usuários, não possibilitou a realização de entrevistas. Entretanto, acreditamos que este fato não gerou prejuízos para a pesquisa, uma vez que, a maioria dos enfermeiros entrevistados tinha experiências nas diversas áreas e turnos das unidades.

As entrevistas foram realizadas no momento mais oportuno para o profissional, de forma individualizada, em local escolhido pelo entrevistado, sendo gravadas após consentimento.

Foram realizadas 11 entrevistas no período de julho a setembro, que foram transcritas e pré-analisadas, no decorrer do processo da coleta dos dados, para que fosse possível identificar o momento da saturação dos dados. Além do uso do gravador, utilizamos também a técnica do diário de campo, onde eram feitas anotações sobre o comportamento dos entrevistados e outras informações importantes.

3.6 - Análise dos dados

A análise dos dados qualitativos envolve um conjunto de operações, transformações, reflexões e recomposição dos dados, de tal forma que possibilite identificar o significado do fenômeno estudado. É um processo dinâmico e deve ser concomitante à coleta de dados (MINAYO, 2007).

Assim, ao terminar a coleta de dados, o pesquisador vê-se às voltas com os dados derivados das entrevistas transcritas, do diário de campo e este material deve passar pela etapa de organização, pré-categorização, devendo o pesquisador utilizar critérios flexíveis e de acordo com os objetivos do estudo (DUARTE, 2002).

Para atingir os objetivos propostos pelo estudo, optou-se pela análise de conteúdo temática, que segundo Bardin (1977, p.105):

Consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

De posse das entrevistas transcritas e do diário de campo, a primeira fase da análise consistiu da leitura exaustiva do material, buscando uma aproximação, de forma ampla, da visão acerca da violência contra a mulher que foi trazida pelas enfermeiras entrevistadas. Nesta fase, o material começou a ser organizado de acordo com as similaridades dos discursos, visando uma pré- categorização.

Deste contato com o material foi possível elaborar uma classificação dos conteúdos com o desmembramento dos relatos, organizar o material empírico em pré-categorias com o objetivo de contemplar as principais idéias, assim como as estruturas relevantes abordadas pelos entrevistados.

Assim, começamos a identificar as unidades de significado que as enfermeiras atribuíram à violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo, como se dava o atendimento destas mulheres nas unidades de saúde e como as elas reconheciam sua capacitação para este atendimento.

Após a identificação dos significados, passou-se para a fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação com o agrupamento de conteúdos convergentes e divergentes, fazendo dessa forma uma comparação entre as tendências detectadas nos depoimentos, finalizando a definição das unidades temáticas do estudo.

Desta forma, os dados foram separados em quatro unidades temáticas, construídas a partir dos discursos das enfermeiras entrevistadas¹, consideradas como base das discussões e interpretações, essas categorias amplas foram seguidas de desmembramentos que geram subcategorias, visando facilitar a discussão e interpretação dos dados.

¹ Levando-se em consideração que entrevistamos apenas um homem, optamos por tratar o coletivo de enfermeiro, no feminino, tendo em vista que estamos relatando basicamente o discurso feminino sobre o tema.

Usamos para nomear as categorias e subcategorias, sempre que possível, discursos que serviram como núcleos de sentido, ou seja, discursos que abordavam de forma direta o assunto em questão.

Assim, tivemos a construção das seguintes categorias e subcategorias:

Assim tivemos a construção das seguintes categorias e subcategorias:

1. A visão das enfermeiras sobre a questão de gênero
 - 1.1. – O papel da mulher na sociedade... Mulher que coordena tudo!
 - 1.2. – Liberdade sexual feminina – Virou libertinagem...
2. – A visão das enfermeiras acerca da violência contra a mulher
 - 2.1. – Compreendendo a violência nos serviços de saúde
 - 2.2. – Compreendendo os fatores associados à violência
 - 2.3. – Percebendo os tipos e gravidade da violência
 - 2.4. – Quem deve “meter a colher”?
3. – Atendimento: Rezo para não chegar nada no meu plantão [...] Quando chega é um problema!
 - 3.1. – Como a violência se apresenta nos serviços de saúde?
 - 3.2. – Percepção sobre o atendimento realizado na unidade – É muito difícil lidar com isso...
 - 3.3. – O atendimento ideal
4. – Aspectos Jurídicos: Está tudo no caderninho!
 - 4.1. – Tinha uma pasta aqui que tinha a notificação da violência
 - 4.2. – Lei Maria da Penha? É o nome de uma pessoa?
 - 4.3. – Delegacia da mulher? Ela ainda existe?
5. – Formação – Olha se foi, foi uma aula bem superficial.

4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 - A VISÃO DAS ENFERMEIRAS SOBRE A QUESTÃO DE GÊNERO

4.1.1 - O papel da mulher na sociedade... Mulher que coordena tudo!

Para compreender a percepção das enfermeiras sobre a violência, suas formas de expressão, quais os motivos que levam a ela, e quem são essas mulheres que sofre violência doméstica, torna-se necessário identificar como elas percebem o papel da mulher na sociedade moderna; para tal, foram abordados aspectos relacionados à posição de homens e mulheres na sociedade no decorrer da história.

Há uma percepção de que houve uma mudança no desempenho desses papéis, que se deu com a saída da mulher da exclusividade do ambiente privado para o ambiente público. Fatos como a revolução industrial e a crescente necessidade de mão de obra, as grandes guerras mundiais, acrescidos de avanços tecnológicos na medicina, como os anticoncepcionais, levaram a mulher a deixar de ter como única opção o cuidado do marido e dos filhos, passando a ocupar o espaço público e participar da vida econômica da família. Assim, as enfermeiras se manifestaram acerca dessa mudança de papel:

— ... Mulheres ganharam o espaço delas [...] Hoje se ouve falar que a mulher tem trabalho dobrado, trabalha fora, volta e tem o serviço de casa que são muitos... Hoje o homem tem que compartilhar, senão o serviço maior fica pra mulher. (E1)

— ...As mulheres saíram da situação de ser só dona de casa que cuidava dos filhos, entrou no mercado de trabalho, mas junto com as atividades domésticas; então ela tem estudado mais, tem 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. Ela somou atividades. (E2)

— Ah! No tempo da minha mãe, a um tempo atrás, a mulher basicamente era do lar, era difícil aquela que trabalhava fora, hoje são maioria, inclusive as usuárias do serviço, a maioria são mulheres que trabalham que a gente percebe que são mulheres trabalhadoras, do lar muito difícil, muito poucas mulheres [...] A mulher é parte principal, porque assim, todas as responsabilidades ficam em função da mulher mesmo. Eu vejo que a mulher tem muito mais responsabilidade, inclusive a mulher hoje em dia é muito mais discriminada se ela não trabalhar - nossa ela não trabalha, não ajuda, o marido - mas hoje em dia parece que não é ele o principal é a mulher a peça chave da família. (E4)

Pelos discursos acima notamos que as enfermeiras percebem que as mulheres ganharam o espaço público, e com isso a liberdade financeira e a liberdade de escolha acerca do desempenho de papéis anteriormente definidos para mulheres na sociedade, como o casamento, a maternidade e as atividades domésticas. Entretanto, destaca-se que, contrapondo a essa vida privada, ainda é dela o papel de dona da casa, “rainha do lar”, coexistindo conflitos de modelos, de um lado a mulher assumiu algumas tarefas antes tidas como “coisas de homem”, porém não deixou as funções que continuam sendo atribuídas como “coisas de mulher”, gerando uma sobrecarga física e emocional.

— Trabalho aqui e trabalho em casa, se eu não for atrás das coisas minha casa meu marido não vai... Deixa pra mim. [...] A mulher que coordena tudo. 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... Continua dentro de casa e ainda tem as atribuições externas, está fazendo as duas coisas... ela somou funções. (E7)

— A mulher foi assumindo vários papéis, muitos papéis. A gente percebe que esses vários papéis trazem assim um cansaço, um nível de estresse maior, doenças que vão aparecendo e que a gente percebe que é pelo estilo de vida mesmo pelo perfil da vida que a gente leva hoje. (E8)

— *Eu acho que depois da revolução feminista a mulher agregou uma série de tarefas e a divisão com o homem não é total! Então eu acho que ela tem dupla tripla, quádrupla jornada de trabalho então é complicado. (E9)*

— *Ela tem vários papéis dentro da família, da sociedade e ela tenta atuar mesmo sendo uma só, ela tem que se desdobrar pra atender tudo isso, ser esposa, ser mãe, ser mulher, ser profissional é uma exigência muito grande, eu acho que a carga feminina é muito grande. (E10)*

Observa-se uma ambiguidade no papel da mulher na sociedade, uma vez que os antigos valores ainda persistem e estão presentes no modo de vida das mulheres e são conflitantes com esse novo estereótipo de mulher. As enfermeiras identificam um momento de transição em que a “mulher moderna” vive entre o paradoxo de ser um sujeito social ativo e ser a “rainha do lar”, desdobrando-se em várias jornadas de trabalho, assim segundo Dantas Berger e Giffin, 2005 p.419, “as mulheres vivem em uma atualização das desigualdades de gênero”.

Esses conflitos de modelos podem ser considerados como decorrentes de estereótipos tradicionais de gênero que, apesar de terem sofrido mudanças nos últimos anos, parecem ainda reforçar a idéia de que mulheres e homens têm características distintas e foram “talhados” para tipos diferentes de trabalho (ROCHA - COUTINHO, 2004)

Conceito de gênero este, ainda encontrado e muitas vezes defendido no discurso das enfermeiras entrevistadas, ou seja, suas concepções apresentam contradições no desempenho dos papéis de gênero e permanecem centrados no dualismo homem/mulher, que conforme Rocha-Coutinho, 2000, p. 9 “dualismos não são simples sistemas de idéias neutras, mas estão intimamente associados à dominação”.

— *... A mulher dependia muito mais do homem do que depende hoje, com a independência financeira a mulher se sente num pé de igualdade com o homem e não é assim que deve ser. (E3)*

— *Tem que existir (desigualdade entre homens e mulheres), mulheres e homens são diferentes, os homens tem que comandar, as mulheres tem que ser submissa e isso também está errado, e isso que cria todo esse tipo de coisa, de violência que existe.....(E3)*

— *... Hoje em dia as mulheres com essa coisa de querer dividir tudo às vezes é intransigente, então é assim, se ele não dividir tudo se ele não te ajudar se não fizer isso, mas ele também tem uma cultura ele foi criado de um jeito diferente. (E8)*

Nesses discursos observa-se que as enfermeiras conseguem identificar que houve avanços no papel da mulher na sociedade, mas elas continuam sendo percebidas, muitas vezes, em desigualdade com os homens. A visão de gênero pouco mudou, ao invés de haver uma modificação na identidade feminina, houve uma ampliação de papéis ocupados pela nova posição das mulheres na sociedade. (ROCHA-COUTINHO, 2004)

Idéia defendida também por Nogueira (2001, p. 07), ao dizer que:

Apesar de tantas mudanças, a natureza das relações entre homens e mulheres e entre as próprias mulheres, assim como o mundo social permaneceram relativamente semelhantes. As mulheres têm mais liberdades formais e cívicas (para viajar, votar, ter propriedades, etc.), mas, no entanto, continuam a ter a responsabilidade pelo cuidado prestado às crianças e às famílias.

Assim, as enfermeiras percebem que a mulher ganhou um espaço social que antes não tinha, porém seu papel no ambiente privado permaneceu inalterado. Pode-se dizer então, que as infra-estruturas necessárias para permitir o alcance dos objetivos feministas da liberdade feminina, não estão totalmente estabelecidas no espaço público ou mesmo na esfera privada (NOGUEIRA, 2001).

Em defesa dessa idéia ressaltamos o fato de que a partilha das tarefas é feita apenas por uma minoria de casais, já que poucos são os casos em que os homens partilham todas as responsabilidades da casa ou o cuidado prestado às crianças (WAGNER et al., 2005).

— ... Por mais que o marido ajude, os filhos ajudem quem coordena todas essas ações dentro de casa é a mulher. Os homens eles não conseguem ter essa visão mais abrangente dentro de casa, então ela pode até delegar atividades, mas quem vai organizar, gerenciar é a mulher, e isso também sobrecarrega. O papel do homem também mudou, porque ele está mais aberto, ele percebeu que a companheira é alguém que colabora no orçamento, com a casa, é alguém que está cansada, então eles acabam partilhando algumas atividades. (E2)

— ... Apesar de o marido tentar ajudar a casa sempre fica mais por conta da mulher. A organização, o que precisa na casa, o que precisa comprar ele pode até ajudar, mas a mulher acaba ficando responsável mesmo. [...] filhos não tem jeito, a mulher tem uma relação com o filho muito diferente do que o pai tem, ele divide até um pouco a responsabilidade, hoje eu tenho visto até assim que tem filhos que ficam com os pais, mas a organização, o direcionamento, parece que sempre sai da mulher (E8).

— Por mais que ela tente dividir ela só dá algumas tarefas pro parceiro... Porque eu acho que a cabeça da mulher é assim... Não é porque os homens não queiram, eles foram educados diferentes, a mulher foi educada pra assumir, então eu acho que se a mulher não assume fica com um sentimento de culpa, então acho que a nossa cabeça não agüenta. (E9)

Esses discursos apontam que as enfermeiras percebem que as mulheres mantêm uma sobrecarga de tarefas no seu cotidiano, sobrepondo a seu exercício profissional a responsabilidade pela coordenação, execução e supervisão das tarefas domésticas a serem realizadas.

Observa-se ainda nos discursos, a predominância de uma divisão desigual e uma estratificação das tarefas domésticas, que expressam a dificuldade das mulheres em se desvincularem das atividades domésticas. Na estratificação observa-se que tarefas relacionadas ao suprimento da casa são delegadas aos homens, fato que expressa as dificuldades das mulheres em dividir tarefas domésticas como resultado da educação que ainda prevalece como diferenciada para homens e mulheres.

Esta visão tradicional de divisão de tarefas pode ser atribuída ao fato de que a maioria delas é de uma geração em que foram educadas sob

o preceito de que gênero envolve a construção da masculinidade e da feminilidade como pólos opostos (NOGUEIRA, 2001).

Assim permanece entre elas o conceito de que a participação masculina no ambiente doméstico não acompanhou de maneira proporcional a entrada da mulher no mercado de trabalho. Esse descompasso torna-se evidente, por exemplo, pelo fato de que as tarefas domésticas desempenhadas pelos maridos são percebidas como uma “ajuda”, expressando a isenção destes da responsabilidade no desempenho de tais atividades, o mesmo acontecendo em relação às mulheres, que ao entrar no mercado de trabalho “ajudam o marido” ao inserir-se no mercado de trabalho (WAGNER; et al., 2005, ROCHA COUTINHO, 2004).

Nogueira (2001) afirma que sem a reeducação dos homens de forma a funcionarem como parceiros iguais em situações afetivas e familiares, o stress torna-se imenso e prejudicial para muitas mulheres.

Entretanto a reeducação envolve também a incorporação dos conceitos de gênero na educação da mulher, porque apesar de enfatizarem em seus discursos a necessidade de uma reordenação da divisão de tarefas e tomada de decisões, demonstram ainda sua dificuldade em abandonar aspectos tão firmemente ligados aos papéis femininos tradicionais. Desta forma, freqüentemente sem se dar conta, a mulher continua a contribuir para a preservação do domínio masculino que prevaleceu na sociedade tradicional (ROCHA-COUTINHO, 2004).

Notamos assim que o discurso das enfermeiras se faz a todo o momento sob o pano de fundo da dualidade de modelos, ou seja, com conceitos tradicionalistas em que a mulher é a “rainha do lar”, única responsável pelo cuidado da família, intercalados com o papel da mulher independente que pode e deve fazer “escolhas” e que divide com o homem todas as responsabilidades e tarefas.

Rocha-Coutinho (2004) afirma que as “escolhas” se apresentam muitas vezes com uma face pessoal, como se fossem desvinculadas do contexto social, assim essas mulheres se dizem livres para escolher,

porém escolhem os antigos padrões sociais com a ressalva que esta é uma opção pessoal e que cada pessoa deve escolher aquilo que melhor lhe convém, assim continuam vivendo sob preceitos machistas, mas com um discurso centrado na liberdade de escolha.

Pode-se perceber ainda que nossas entrevistadas julgam a mulher como eixo central da família, assim consideram que a saída da mulher do ambiente doméstico prejudicou a dinâmica familiar, uma vez que ela é responsável pela estabilidade da família. Notamos assim uma culpabilização das mulheres pelos problemas apresentados pelos filhos, ou seja, elas entendem que quando ela - mulher eixo da família - sai do ambiente doméstico, a família se desestrutura e os discursos remetem essa desestruturação como de responsabilidade da mulher.

— ...a gente vê na sociedade em geral, a juventude com muitos problemas... Eu acho que a família dentro disso tudo ficou um pouco de lado, cada um está pensando em si, a mulher pensa em si porque ela quer ter seu espaço de trabalho, e o homem pensa nele porque ele ainda é o ser dito ser macho que tem que manter a família, mas também tem que conciliar com essa mulher que trabalha fora, e nisso a família em si ficou um pouco de lado, então os filhos acabam sendo criados por outras pessoas, que não são os pais, então a família, a estrutura da família que está mais perdida nisso tudo, que está mais assim balançando com isso. (E5)

— Mãe não está vendo nem lição de casa dos filhos... Talvez pelo fato da mulher ter que trabalhar acaba deixando a educação dos filhos, porque antigamente não era assim a mulher ficava só pra cuidar da casa, do marido e dos filhos. (E11)

— ...a família ela esta sendo colocada assim como uma coisa sem importância e não é assim. [...] eu acho que, quanto mais estruturada a família mais os filhos são bem resolvidos (E8).

Essas afirmações condizem com a idéia de família nuclear considerada como referência em nossa sociedade, onde cabe ao homem a responsabilidade de atender as necessidades materiais da família, enquanto a mulher é responsável por atender as necessidades afetivas e a manutenção da estrutura familiar, mostrando mais uma vez a presença de

modelos tradicionalistas da relação homem – mulher (DE FERRANTE, 2008).

Assim é bem possível que essas mulheres relutem em abandonar o controle e poder que sempre tiveram, mantendo e reforçando a idéia de que a mãe é insubstituível no cuidado de seus filhos porque só ela, que os gerou e pariu, sabe como desempenhar bem esta tarefa (ROCHA-COUTINHO, 2004).

A idéia de manutenção de papéis femininos e masculinos, ou seja, a mulher como responsável pelo bem estar da família, gera uma sobrecarga física e psicológica para essas mulheres, que já trazem a ideologia de família feliz como parte de suas atribuições e assim um sentimento de culpa se algo não sai como o planejado.

Porém concordamos com a idéia de De Ferrante (2008), de que o padrão de família mudou devido à mudança dos modelos de identidade feminina e masculina, assim as relações afetivas tornaram-se mais flexíveis, e com isso o modelo de família tem se reorganizado de diversas formas na atualidade, abandonando, muitas vezes, as regras e padrões vigentes em outras épocas.

Gomes e Pereira (2005) destacam ainda, que mudanças no âmbito socioeconômico e cultural, decorrentes da globalização, vêm interferindo na dinâmica e estrutura familiar, possibilitando alterações em seu padrão tradicional de organização.

Neste sentido defendemos a idéia de que não se pode culpabilizar a mulher pela desorganização da estrutura familiar, visto que está não esta desorganizada, apenas tem sido reorganizada de acordo com os novos padrões de relacionamento existentes na sociedade atual.

Do exposto podemos inferir que a mulher de hoje apenas multiplicou funções, mas ainda não dividiu responsabilidades. Assim concordamos com Rocha – Coutinho (2004, p.17) que afirma que “a sociedade atual exige, e a própria mulher acaba exigindo de si mesma, que ela seja múltipla”.

4.1.2 - Liberdade sexual feminina: virou libertinagem...

Ainda em relação aos papéis da mulher na sociedade moderna questionamos os enfermeiros a respeito da liberdade sexual de homens e mulheres na sociedade moderna.

Esse questionamento se faz importante uma vez que os direitos sexuais e reprodutivos vêm sendo tratados como prioridade nas políticas de saúde pública do Brasil, e segundo o Ministério da Saúde “abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais”, sendo assim direito de todo cidadão brasileiro (BRASIL, 2005b, p7).

São caracterizados como direitos reprodutivos, o direito das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas; direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos e direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência (BRASIL, 2006c).

Os direitos sexuais definidos pelo Ministério da Saúde abrangem o direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do parceiro, direito de escolher o parceiro sexual, direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças, direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física, direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual, direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras; direito de ter relação sexual independente da reprodução, direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS, direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e

sem discriminação e o direito à informação e à educação sexual e reprodutiva (BRASIL, 2006b).

Assim percebemos que a livre expressão da sexualidade é um direito de todos – homens, mulheres, homossexuais, jovens, idosos. Essa compreensão, acerca dos direitos reprodutivos e sexuais, encontra-se presente nos discursos das enfermeiras entrevistadas e também do único enfermeiro entrevistado.

— ... As coisas estão mudando por isso estou conseguindo falar essas coisas na frente de uma mulher que eu conheci agora, imagina se você admitiria antigamente você falar de algumas coisas de mulher (E1).

— Eu acho que a questão da autonomia está mais prevalente hoje em dia, 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 baseado nos seus critérios éticos/ morais para definir que tipo de vida sexual que ela quer ter (E2).

— ...eu acho que a pessoa tem que ser livre, tem que ser consciente e responsável pelas atitudes que faz então cada um tem que ser dono das opções e também responsável pelas consequências (E9).

Percebemos que as entrevistadas reconhecem que houve mudanças nos padrões comportamentais em relação à sexualidade das mulheres. A questão da escolha, presente nos discursos, mostra avanços como à possibilidade de se abordar o tema com uma pessoa desconhecida, mas traz implícita certa valoração, visto que está sempre presente que as escolhas têm consequências para a mulher.

Desta forma, ainda prevalece discursos arraigados em modelos tradicionais em que às mulheres é vedado o direito de exercerem sua sexualidade de forma livre, sendo este assunto tratado com denotações negativas, como explícito nas falas abaixo:

— [...] Virou libertinagem, eu acho que virou... ficamos enojados, porque a gente vê muita coisa aqui no serviço, não to falando da mulher em geral, mas hoje a mulher

ficou... não é depravada é... como que a gente pode dizer é... as mulheres estão mais, não é aberta... eu acho assim às vezes eu acho que elas estão tomando um pouquinho mais a frente das coisas entendeu (E1).

— *Eu acho que as mulheres estão se desvalorizando ao extremo, pelas coisas que eu vejo aqui, 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 auto desvaloriza (E3).*

— *... A mulher tem hoje em dia liberdade de estar tendo relação antes casar, 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 que tem que ser **muito livres** que podem fazer o que quiserem talvez **até mais que deveriam fazer**, e esquecem até de olhar um pouco para si, para a auto estima fazem muito por instinto, eu acho que está **muito**. São muitas coisas como funk, balada, orgia então eu acho que passou um pouco, mais não só para as mulheres, acho que o homem também [...] a mulher tem liberdade de se expor de se expressar sexualmente, mais eu acho que está um num ponto um pouco ultrapassado [...] os relacionamentos estão muito assim instáveis e contra os princípios que não são passados para as pessoas (E5).*

— *Está declaradamente assim livre, os homens hoje não tem aquele sentido de família porque sexo está muito aberto muito livre, tudo muito normal. Normal entre aspas... Veja só a vulgaridade das meninas... E os pais têm que acompanhar, só gera conflito dentro de casa (E11).*

Notamos assim que apesar dos enfermeiros trazerem um discurso de igualdade de direitos entre homens e mulheres, de terem percebido que a posição das mulheres em relação aos direitos sexuais tem passado por rápidas mudanças nos últimos 40 anos, porém ainda carregam muitos valores tradicionais. A liberdade sexual feminina é tratada como “*libertinagem*”, como uma desvalorização da figura feminina, trazendo a idéia que as mulheres evoluíram “*até demais*”, e por ter “*passado da conta*” são culpadas pelas atrocidades que recaem sobre elas, sendo este o motivo dos conflitos existentes na atualidade: “*eu acho que é isso que*

está levando a tudo isso que está acontecendo hoje em dia". Assim o padrão de culpabilização das mulheres se repete.

Observa-se, ainda, um discurso contraditório sobre o direito das mulheres de exercer sua sexualidade, pois ao mesmo tempo em que admitem esses direitos às mulheres, quando elas o fazem são rotuladas segundo preceitos machistas, mantendo assim o padrão de desigualdades entre homens e mulheres.

— ... É com certeza mudou, mas acho que os homens ainda não aceitam. (E7)

— Não, o homem tem muito mais liberdade, é muito mais aceito. Claro que os homens até aceitam a questão da virgindade acho que isso talvez hoje os meninos não tenham essa preocupação, mas o homem eles tem mais liberdade (E8).

Neste sentido, nossos estudos estão em concordância com Rocha-Coutinho (2004) ao expor que o padrão sexual feminino passou por transformações que envolveram principalmente aspectos relacionados com a queda do tabu da virgindade, a tomada de iniciativa por parte da mulher e a busca de diálogo na superação das dificuldades e na obtenção do prazer, porém segundo a autora "[...] essas mudanças parecem se situar mais no plano das atitudes desejadas e esperadas do que efetivamente levadas a cabo" (p.14).

Temos ainda a questão dos direitos reprodutivos, e a este respeito nossos entrevistados mantém um discurso tradicionalista, defendendo que a responsabilidade sobre a prevenção de gravidez indesejada e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis são exclusivamente das mulheres.

— ...na questão sexual, também, a responsabilidade fica muito por conta da mulher mesmo. (E4).

— ... Existem mulheres que ainda são muito submissas aos homens, tem mulheres que são até muito avançadas, a gente vê as o quadro das adolescentes que

apesar de ser muito avançadas estão muito sem conhecimento, porque a gente vê muitas grávidas (E6).

— Hoje em dia as pessoas banalizam muito a relação sexual, eu acho que o sexo envolve várias responsabilidades não é a toa que tem muitas doenças, as gravidezes indesejadas, a história do aborto. Porque se você tiver uma responsabilidade em relação ao sexo, o caminhar é diferente... Existe uma liberdade sexual, sem uma responsabilidade esse que é problema (E8).

Os discursos das enfermeiras estão centrados em valores socialmente aceitos, em que o exercício da sexualidade deve ser objeto de controle social; visto que se isto não ocorre, as conseqüências têm repercussões além do âmbito individual. Desta forma, como profissionais da saúde, elas têm muitos obstáculos a serem ultrapassados para que superem o padrão de desigualdades entre homens e mulheres.

Percebemos que as próprias entrevistadas parecem compreender que vivem em um momento de dualidade de modelos, compreendendo que a evolução é um processo, que envolve ganhos e perdas, e se desenvolve com o decorrer dos tempos.

— ... Toda mulher tem aquele instinto materno. Quando a mulher trabalha e o homem também trabalha a mulher sempre fica mais responsável pelos filhos, mas isso está mudando, sabemos que muda um pouco devido a classe social, nível mais baixo, menor poder econômico isso leva a uma submissão maior da mulher, ela é mais submissa ao homem, mas eu acredito que isso também vai mudar (E6).

— Tanto as meninas quanto os meninos eles tem uma visão mais voltada para o trabalho e estão extremamente preocupados em como vão se manter nos empregos. Acho que as meninas vão exigir muito mais igualdade de tarefas do que a minha geração exigiu as mulheres estão assim extremamente independentes (E9).

— Penso que apesar de todo trabalho durante os anos ainda vejo a mulher submissa, massacrada, apesar de todas as conquistas, com uma tripla jornada de trabalho, eu acho que nós temos conquistado muitas coisas no mercado de trabalho no campo pessoal de satisfação, mas acredito que ainda temos muito a fazer. Eu continuo achando que a mulher é colocada em outro plano (E10).

Pelo exposto concordamos com a idéia apresentada por Rocha – Coutinho (2000), que na relação homem/mulher, novas atitudes e comportamentos vêm sendo vistos não só como possíveis, mas também como desejáveis, porém estes comportamentos ainda esbarram em antigos discursos formadores da identidade feminina e masculina desta geração, resultando na coexistência de discursos contraditórios e muitas vezes conflitantes, como observado pelas falas desses enfermeiros entrevistados.

4.2 - A VISÃO DAS ENFERMEIRAS ACERCA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

4.2.1 - Compreendendo a violência contra a mulher nos serviços de saúde

A partir da concepção do papel social da mulher na sociedade, buscamos identificar como as enfermeiras percebem as mulheres que vivem em situação de violência. Os discursos apontam os sentimentos que as enfermeiras identificam entre as mulheres usuárias dos serviços de saúde e já se pode inferir que a violência está presente, mas algumas vezes é ignorada.

— A mulher está muito sentida, é algo que perdeu o respeito, geralmente tem a questão da ameaça, então ela tem muito medo e normalmente não vai procurar a polícia porque ele a ameaça, às vezes ela tem uma dependência financeira então fica complicado, às vezes ela vem aqui passa por atendimento e tem que voltar para casa, é muito complicado. Ao conversar com essas mulheres percebemos uma situação de muita dependência, ela está sozinha só tem aquele homem então ela se submete (E2).

— *Tem medo do companheiro ou o do que possa acontecer... Às vezes a pessoa não tem apoio financeiro, não tem como construir uma nova vida, tem filhos... Então é difícil dar condição para essa mulher, eu acho muito difícil, acho que fica muito camuflado, elas acabam aceitando deixando pra lá... (E1).*

— *Elas mesmas não querem denunciar o companheiro, tem medo, tem vergonha de ir até uma delegacia especializada, ou por depender dele financeiramente, ou tem criança e não tem para onde ir ou não tem emprego, uma dependência dele seja financeira, seja de moradia, não tem como romper esse vínculo de uma hora pra outra (E7).*

Observa-se que as enfermeiras atribuem a continuidade de relações violentas pelo medo, vergonha e por dependência financeira de seus companheiros, e abandonar essa situação significa, muitas vezes, se privar de condições de subsistência própria e dos filhos; então essas mulheres permanecem nessas relações por não verem outra possibilidade de vida. Os discursos das enfermeiras estão de acordo com o exposto por Day et al (2001, p. 16), ao afirmar que “a reação da mulher à violência é freqüentemente limitada pelas opções à sua disposição”.

D'Oliveira et al 2009 salienta, porém, que a relação de dependência financeira e violência por parceiro íntimo é contexto específico, ou seja, essa relação só ocorre quando essa autonomia configura-se como potencial transgressão dos padrões tradicionais de gênero.

O medo em relação às ameaças do companheiro leva as mulheres em situação de violência a temerem atitudes que podem colocar em risco sua própria vida, bem como a de seus filhos. Esse comportamento tem sido discutido na sociedade e a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, 2005b, p.29 afirma que “ao ver que a mulher está disposta a sair da relação violenta, o agressor recorre a todo tipo de chantagem e ameaça”, somado ainda ao fato de que o maior risco da mulher em situação de violência ser assassinada pelo companheiro ocorre após a separação. (DAY et al, 2003, BRASIL, 2005a).

Assim, a solidão da mulher, presente no discurso do E2, mostra que sair desta situação independe da vontade da mulher em situação de violência, pois falta uma rede de apoio que lhe dê suporte em tal decisão.

Desta forma, a percepção das enfermeiras sobre a manutenção da mulher em situação de violência é concordante com a literatura que aponta:

Os motivos mais alegados para continuar em um relacionamento abusivo são: medo de represália, perda do suporte financeiro, preocupação com os filhos, dependência emocional e financeira, perda de suporte da família e dos amigos, esperança de que “ele vai mudar um dia”. (DAY, et al, 2003 p, 16).

Na visão das enfermeiras entrevistadas, estes também são motivos para que as mulheres não denunciem seus companheiros, perpetrando essa condição de invisibilidade e cronicidade da violência. Neste aspecto, segundo Saffioti, 2002, p.29 “a mulher vitimizada evita denunciar e se isola dos sistemas de apoio, o que a torna ainda mais dependente do seu agressor”.

A inferioridade do papel feminino, conceito arraigado à construção social da mulher e ainda presente nos dias de hoje, deixa viva na sociedade atual a idéia de que as mulheres não têm razão ou tem uma razão inferior, que Nogueira, (2001, p.3) afirma que “da inferioridade sexual e intelectual da mulher, do seu papel natural na reprodução da espécie e no cuidado dos filhos, decorre naturalmente uma definição de função e de papel”, criando assim uma posição de dependência em relação ao homem.

— *Elas têm medo, normalmente à pessoa tem medo porque uma pessoa para chegar a ficar agredindo a outra é uma pessoa com a personalidade meio violenta, então elas normalmente têm medo não querem contar, não querem denunciar [...] é difícil para mulher voltar para casa, é uma humilhação você ter que voltar com os filhos ver que não deu certo, muitas vezes o pai falou: não casa esse cara não é pra você! Então como você vai chegar e falar? (E8).*

A inexistência da rede de apoio social é acentuada pela falta de apoio familiar e segundo as enfermeiras a “mulher passa por atendimento e precisa voltar pra casa do companheiro”, fato este também observado pelo Ministério da Saúde que ressalta que para o enfrentamento da violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo:

O grande desafio é colocar em prática ações que promovam o imponderamento 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 de todas as mulheres a seus direitos nas mais variadas dimensões da vida social e que resultem em mudanças de padrões culturais vigentes (BRASIL, 2007, p.7).

Padrões estes que permitam às mulheres evitarem situações extremas como apontado por Day et al., 2003, quando referem que o aumento no nível de agressão e violência que afeta os filhos e apoio sócio-familiar são determinantes na decisão de sair do relacionamento.

Entretanto algumas mulheres, segundo a enfermeira E9, conseguem romper o ciclo da violência, como descrito abaixo:

— ... Um dia ela pegou os oito filhos, nada mais e veio embora para São Paulo porque era mais fácil ficar invisível em uma cidade grande. Estava fazendo auxiliar de enfermagem para tomar conta desses oito filhos, eu acho isso uma atitude muito corajosa, **porque ela realmente não gostava da situação e ela tomou uma decisão.** Fez enquanto tem varias mulheres aqui que você dá todas as orientações oferece ajuda e a pessoa não sai da situação! Até que ponto vai o medo? Até que ponto a pessoa é dependente do agressor? Eu acho que está precisando de um estudo com a mulher muito maior, com apoio da saúde pública, do estado. [...] Tem gente que às vezes vai faz o boletim de ocorrência procura um advogado numa escola, mas quando chega na hora dos finalmente a pessoa desiste, então também não sei por que que desiste, precisaria realmente alguém descobrir porque desiste (E9).

Chama-nos atenção neste fragmento do discurso, que ele é permeado de idéias preconcebidas como “a mulher que realmente não gosta de apanhar ela toma uma decisão e sai da relação enfrentando todos os obstáculos”. O discurso apresenta uma simplificação de um tema complexo, o que reflete na prática profissional como apontado no

fragmento “as mulheres aqui recebem toda a orientação e ajuda”, desconsiderando os múltiplos fatores que mantêm a mulher em situação de violência.

Assim percebe-se um discurso revestido de preconceito que não considera todos os fatores envolvidos na questão da violência doméstica contra a mulher, o que segundo Saffioti, 2002, p.29 analisa como:

Não se trata de conceituar algo, quando se afirma que mulher gosta de apanhar. Ao contrário, trata-se de um preconceito. O preconceito é perigoso e maléfico, porque investe seu portador do poder de nomear as coisas e as pessoas, não com o conceito, mas com o preconceito. Torna o preconceituoso poderoso, pois nomear, seja com conceito, seja com preconceito, é um ato de poder. E todos sabem o quão difícil é eliminar um preconceito ou dar novo significado ao ele afirma.

Neste sentido entendemos que quando o profissional de saúde sente-se despreparado e desinformado sobre os aspectos da violência doméstica, tende a firmar-se em preconceitos para sentir-se poderoso. Esta atitude, entretanto, pode gerar na mulher atendida sentimentos de indiferença, desconfiança ou desprezo, sentimentos esses que contribuem para a construção de um sentimento de desesperança frente aos serviços e orientações prestados, ou seja, atitudes como estas inviabilizam a procura dos serviços de saúde pelas mulheres em situação de violência, mantendo-se assim o ciclo de violência.

Esses preconceitos maximizam as consequências da violência doméstica contra as mulheres, que são marcadas pela baixa da auto-estima, pelo medo, pelo isolamento social e até pela incorporação do sentimento de culpa (MONTEIRO; SOUZA, 2007).

Assim essa conduta dos profissionais de saúde, aumenta a dependência da mulher e limita as possibilidades de ajuda. Por fim, gera a internalização da culpa, em que a mulher se sente responsável e merecedora de atos de agressão, e as justifica referindo-se a falhas em seu comportamento (MONTEIRO; SOUZA, 2007).

Outro aspecto que se destaca é como as enfermeiras compreendem a mulher nas diferentes classes sociais. As enfermeiras percebem a

violência como um problema de alta magnitude, que perpassa todas as classes sociais. Entretanto, apontam uma diferenciação na visibilidade da violência nas diferentes classes, sendo que nas classes econômica e socialmente favorecidas *“não é muito aberto, não é muito exposto”*, apontando ainda diferenças entre os tipos de violência que ocorrem nas diferentes classes e entre os fatores que levam à continuidade do padrão de violência.

— *Acontece em todas as classes, em todas as classes... (E3).*

— *...Famílias com nível social maior existem violência, eu acho que não no mesmo nível da classe social dita baixa. Eu acho que existe violência física, mas, principalmente, psicológica contra e acaba que ela se submeta a isso, é que não tem dados pra gente contar, a gente não tem acesso, porque tem essa coisa da sociedade, de não se expor, então eu acredito que haja violência nas classes altas, mas só que não é muito aberto, não é muito exposto (E5).*

Assim as profissionais acreditam que em classes economicamente mais favorecidas a violência psicológica acontece com maior frequência e está associado ao fato de *“não querer abrir mão da vida financeira estável”*. Contrariamente, sugerem que em classes economicamente desfavorecidas, a violência física se torna mais evidente pelo fato dessas mulheres não terem medo de se expor e continuam nas relações violentas por sentirem-se dependentes economicamente de seus parceiros, sendo que estes dados vão de encontro ao exposto por Ângulo - Tuesta (1997, p.72) ao trazer que *“na classe alta esta problemática é mais “camuflada” porque adota outras formas, principalmente de violência psicológica”* sendo, portanto, percebida com menor intensidade.

Segundo o Ministério da Saúde, 2005 b, qualquer um pode ser vítima da violência doméstica, independente de sua classe social, raça/etnia, religião etc., a única diferença é que as mulheres de classes econômicas privilegiadas conseguem esconder melhor sua situação e tem mais recursos para tentar escapar da violência.

4.2.2 - Compreendendo os fatores associados à violência

A percepção das enfermeiras sobre o papel da mulher na sociedade moderna interfere no modo como elas dão significado à violência contra as mulheres.

Neste sentido ao exporem os fatores que levam os casais a tornarem seus relacionamentos violentos, encontramos nos discursos aspectos relacionados à individualidade dos casais, aspectos externos relacionados ao estilo de vida imposto pela sociedade moderna e por fim o uso de álcool e drogas.

Em relação aos fatores relacionados à individualidade dos casais, as enfermeiras apontam fatores relacionados à construção dos relacionamentos, ou seja, atitudes e comportamentos como respeito, compreensão, diálogo, companheirismo, fatores estes que quando ausentes na vida conjugal podem desencadear conflitos geradores de violência contra a mulher.

— ... Porque casamento... Casal... Se você não souber compartilhar, respeitar essa relação. [...] A falta de diálogo esse negócio (E1).

— ...Eu acho que são aquelas palavras chaves mesmo, respeito, confiança, companheirismo, essas palavras que parecem chavões, mas que se não tiver isso, e parece que hoje com a correria, com o dia a dia parece que as pessoas esquecem um pouquinho, esquecem de dialogar, de fazer concessões. [...] Eu acho que tem que ter compreensão sabe, um tem que entender o outro (E4).

— Eu acho que pode ser sim eu acho que o egoísmo é um fator muito grande, o egoísmo e a falta de base familiar, que levam cada um pensar em si, cada um querer a satisfação pessoal...eu acho que relacionado ao egoísmo tem muito haver com a violência com a falta de respeito que também são princípios que não são passados para as crianças, homens e mulheres que não tem uma base familiar, que não tem conceitos como carinho, amor, afeto, ficam muitos voltados para o sexo, para o aproveitar a vida para coisas assim, acaba que essa relação fica um pouco perigosa [...] por conta dos princípios que não foram respeitados (E5).

— ... o orgulho, intolerância...a questão da tolerância é o primeiro passo para os casais se entenderem, ficar toda hora querendo mudar o outro, querendo cobrar o outro. Então eu acho que a questão de você ceder, de você tolerar claro que não é só a mulher, é o casal. [...] agora não pode perder o respeito [...] homem não gosta, aliás, homem detesta conversar sobre a relação, eles não gostam disso, então você quer falar, você quer acertar aquele ponto que não gostou dele e ele está assistindo futebol e não quer saber, **é tudo vontade de mulher** às vezes a gente insiste, se irrita, ele se irrita também, agora não pode perder o respeito (E8).

— ...acho que muitas vezes porque vai perdendo o respeito na relação e a sensibilidade (E10).

— Eu acho que por falta de diálogo (E11).

Assim os discursos trazem à tona o modo com que as enfermeiras entendem um relacionamento conjugal e revelam a idéia que a mulher deve ter tolerância para que a relação dê certo.

Elas entendem ainda, a relação homem/mulher centrada na vontade masculina, e para que haja harmonia reforçam o conceito tradicionalista de gênero, em que a submissão das mulheres é fundamental, caso contrário a violência é justificada e naturalizada.

Outro fato que também chama a atenção nesses discursos, é o caso dos entrevistados relacionarem a violência com a falta de bases familiares, a *“falta de princípios que não são passados para as crianças”*. Novamente apontam as mulheres como responsáveis por terem saído do ambiente doméstico e desestruturado o ambiente familiar, deixando de lado a educação dos filhos e com isso a sociedade perdeu valores / princípios, sendo este um fator gerador de violência.

Continuando na discussão dos fatores ditos como da individualidade dos casais, as entrevistadas abordam a questão do ciúme do homem em relação à mulher como um fator associado à violência como nos seguintes discursos:

— ...ciúme doentio, ciúme doentio mesmo, que você não pode a deixar sair para outros lugares, então tem gente que faz esse tipo de violência, de ciúmes, de alcoolismo pessoas que acham que a mulher tem que ser presa dentro de casa [...] a mulher não pode fazer um curso que ela queira um curso de pintura... (E1).

— ... Ciúme do outro... Passa a agredir ou a companheira ou o companheiro, também, porque temos os dois lados. [...] Então que eu conheço assim, por ciúme, por diferenças incompatibilidade de gênios mesmo sabe, diferença de idade, que dá conflito [...] A incompatibilidade é tão grande, a pessoa às vezes fica batendo só naquele problema, naquele ponto que chega as vias de fato, pode chegar a agressão física mesmo (E4).

Com essas representações, as enfermeiras justificam que comportamentos como o ciúme, a diferença de idade entre os casais e a incompatibilidade de gênios, levam a episódios de violência. Sem fazer a crítica de que homens e mulheres têm direitos iguais em uma relação. Sendo a violência representada como uma estratégia masculina para a manutenção das relações de iniquidades.

Demonstram ainda a percepção sobre as várias facetas da violência, uma vez que abordam questões como a coerção e o cárcere privado como violência, idéias que serão melhor detalhadas ao expormos qual a percepção dessas enfermeiras sobre os tipos de violência.

Implícita na temática da violência contra as mulheres está sempre presente nos discursos o fato das mulheres se manterem em relações assimétricas com seus parceiros, o que as tornam submissas e contribuem para a manutenção do ciclo da violência. Observa-se, entretanto, que algumas enfermeiras refletem sobre a valorização da figura feminina como o caminho para o controle da violência na sociedade.

— ...acho que é um não ver o outro, e a pessoa achar que só ela tem problemas, que só ela está cansada, a gente vive uma situação de não ter respeito mesmo, achar que ela assim é minha mulher no sentido de propriedade, vem muito de educação, vem bem lá de trás. Tem os dois lados tem o agressor e a vítima, tem o agressor que acha que pode porque é minha mulher, aquela situação de posse, porque sou eu que pago as contas, porque a casa é minha, porque você é uma boba mesmo que não vale nada, já ta

tudo errado, porque ai tem uma mulher com a auto-estima lá embaixo que não tem escolaridade, não tem dinheiro que não tem educação e aceita porque na idéia dela ela precisa dele, precisa de um esclarecimento maior, porque eu não admito que você fale assim comigo, porque se você trabalha eu também trabalho nem que seja aqui dentro de casa, tem que ter... Primeiro as mulheres se valorizarem, a vítima se valorizar e o agressor entender que aquilo não é normal que aquilo não é permitido que não é normal e que não está certo. (E7)

Chamou-nos atenção ainda a questão da comunicação, explícita em falas como "discutir a relação", "ficar batendo naquele assunto", "falta de diálogo" permeando as diversas falas. Assim percebemos que para nossos entrevistados a questão da comunicação entre homens e mulheres ocorrer de maneira diferente é também um fator associado à violência.

— Dificuldade para entender o que o outro fala [...] tem haver com as mágoas que a gente guarda porque a gente tem algumas expectativas e a gente não verbaliza isso para o parceiro, a forma de verbalizar as expectativas de homens e mulheres são diferentes eu acho assim super importante respeitar a liberdade do outro, então a gente não pode querer que o outro seja da forma como a gente gostaria que ele fosse, a gente não pode ter expectativa que ele vai mudar e um dia vai ser daquele jeito porque não muda (E9).

Assim percebemos uma concordância de nossos dados com as idéias de Habermas, 1989, ao trazer que a comunicação apresenta graus de liberdade interativa, sendo que sua máxima expressão ocorre quando existe a concordância e o compartilhamento de expectativas, sentidos, valores e autenticidade entre os sujeitos envolvidos. O oposto desse tipo de comunicação seria a violência, ou seja, o rompimento da linguagem, estando entre esses dois opostos as relações cotidianas e suas estratégias de linguagem.

Ainda como fatores associado à violência, as enfermeiras trouxeram questões relacionados a fatores externos à relação, como os fatores socioeconômicos associado principalmente à questão financeira, à sobrecarga de trabalho, desemprego, enfim fatores relacionados à

sociedade capitalista que impõe uma competitividade às pessoas, que acabam por torná-las “estressadas” e por consequência violentas.

— ...pois é acho que o descontrole financeiro é um deles, não adianta um só “puxar a carroça”, os dois tem que puxar (E1).

—... Quando os dois têm ideais muito diferentes, em relação às finanças, por exemplo, ou no aparecimento de alguma doença, 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 [...] O peso dos fatores externos influenciam 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 para dentro de casa e acabar fazendo alguma violência contra a esposa, contra os filhos. (E2)

— ...é dificuldade financeira, a pessoa com a convivência vai agravando [...] dificuldade financeira, ciúmes, o grau de instrução, de personalidade, de uma série de coisas assim. (E4)

— ... Na sociedade a gente vê violência demais, é muita guerra é muita briga, então acaba que a pessoa que é egoísta, que não tem respeito, que não tem uma base ela acaba passando do limite sim, acaba não tendo limite porque não foi estabelecido limite pra ela... a sociedade vive numa fase que não tem limite.(E5)

— ... A sociedade hoje também está muito estressada, tudo a gente tem horário, tem contas e isso gera também uma questão de stress (E6).

— ...a sobrecarga de trabalho, o estresse do cotidiano, muitas vezes você não consegue parar pra discutir essa relação... Várias pessoas hoje têm dois, três empregos. (E10)

Observamos que as enfermeiras relacionam a violência doméstica a fatores externos, fato que dificulta o direcionamento de ações preventivas desta condição.

Esta visão está de acordo com Rosa et al, 2008, que afirmam que o baixo nível socioeconômico não é, em essência, causa direta de violência conjugal, mas está associado ao estresse nas relações interpessoais,

causado também por outros motivos, como insegurança econômica. Ou seja, frustração e estresse podem ser gatilhos situacionais para o desencadeamento de uma condição psicológica que desestabiliza o homem, propiciando a ação agressiva.

Porém, mesmo quando estamos tratando de fatores socioeconômicos, não podemos nos desvencilhar das relações de gênero existentes nas relações entre homens e mulheres. Assim, aspectos ligados à vida socioeconômica, como o desemprego, não devem ser considerados como o único fator do crescimento da violência, especialmente da violência doméstica.

Outro fato que chama a atenção é que as enfermeiras relatam que a educação dos filhos, antes tratada como responsabilidade maior das mulheres, passa a ser gerador de conflitos quando há divergências nas atitudes, ou seja, mesmo sendo um papel considerado feminino as opiniões do parceiro devem prevalecer, caso contrário pode ocorrer à violência.

— [...] Olha eu acho que é assim muitas vezes filhos levam o casal a brigas (E6).

— [...] assim é uma agressividade, você não pode corrigir um filho... (E11).

Ressaltamos que na visão das enfermeiras a violência contra a mulher é vista como uma forma de corrigir e/ou punir a mulher, e assim, uma vez que esses profissionais consideram função feminina a educação dos filhos e a manutenção do modelo familiar, problemas associados aos filhos podem ser considerados como falha do desempenho do papel da mulher.

Neste sentido concordamos com as idéias expostas por Dantas-Berger e Giffin (2005), que a ordem social de tradição patriarcal por muito tempo “consentiu” num certo padrão de violência contra mulheres, designando ao homem o papel “ativo” na relação social e sexual entre os sexos, ao mesmo tempo em que restringiu a sexualidade feminina à passividade e à reprodução (ROSA; BOING; BUCHELE, 2008).

Por fim os profissionais abordam a questão de álcool e drogas como fator desencadeante da violência doméstica, como nas seguintes falas:

— ... O alcoolismo, várias coisas, chega um ponto de agressão que tem várias consequências (E1).

— ...algum dos dois começa a usar algum tipo de drogas, de bebidas alcoólicas... (E2)

— Eu acho que muito o alcoolismo... A bebida, a gente vê aqui e eu já vi em casa também... (E3).

— ...O alcoolismo, o uso de drogas, aqui, por exemplo, a gente tem muitos usuários de drogas temos visto que chega em casa e agride a mulher, agride filho eu acho que mais por conta disso (E6).

Estudos demonstram que os efeitos desinibidores do álcool têm sido relacionados com comportamentos agressivos ou sexualmente liberados, assim o exposto por nossos entrevistados vai de acordo com a literatura, que traz ainda uma incidência maior de violência em famílias onde existe o problema do alcoolismo. Porém torna-se necessário ressaltarmos, que o abuso de álcool e drogas, apesar de associado a quadros violentos, não deve ser considerado fator preponderante na violência doméstica (ZILBERMAN; BLUME, 2005, BONIFAZ; NAKANO, 2004).

Nesse sentido, concordamos com a idéia de Ramos, 2001, ao abordar que a violência doméstica e o abuso de substâncias são problemas associados, porém não se pode considerá-los como uma relação de causa e efeito, uma vez que a violência ocorre mesmo quando não existe o consumo de álcool e/ou drogas.

Há de se considerar que as conquistas sociais das mulheres ocorridas no último século poderiam estar repercutindo na mudança de comportamento nas relações entre homens e mulheres. Neste sentido a violência contra a mulher nos serviços de saúde deveria estar sendo

compreendida como uma questão de cidadania e não como subterfúgios para explicar o inexplicável.

4.2.3 - Percebendo os tipos e gravidade da violência

Nesta categoria abordaremos o conhecimento das enfermeiras sobre os tipos de violência doméstica, bem como qual sua percepção a respeito da gravidade dessas violências praticadas no ambiente privado.

Nesta categoria tivemos aquelas enfermeiras que apesar da entrevista estar sendo construída com base na violência doméstica contra a mulher, abordaram os variados tipos de violência doméstica, o que pode demonstrar um desconhecimento do tema da violência contra a mulher.

— ... Violência física, violência sexual, violência psicológica, a gente encontra todo tipo de violência, não só assim casal, mas família, irmão e tem muita violência doméstica sim. O que eu vejo que é pior que existe muito aqui por se tratar de um pessoal de baixa renda, é a violência sexual contra a criança, eu acho que isso é a pior das violências, porque mesmo que a violência física de bater é agressiva, mais a violência sexual a criança ela é uma violência física, é uma violência psicológica eu acho que é a pior de todas, vai acabar com a criança de modo geral. (E5)

— ...agressão doméstica é todo tipo, agressão de pai e filho agressão de filho para pai, agressão de mãe e filho, tanto verbal, quanto física, quanto psicológica. [...] Tem a do idoso também que a gente não comentou... Eu acho que todas são graves eu acho que a partir de quando é agressão é agressão... Porque a psicológica ela causa às vezes um trauma que é para o resto da vida se for a uma criança, a física, por exemplo, em um idoso pode causar um trauma... (E6).

— Casos de crianças estupradas pelo pai, pelo padrasto... Às vezes por dificuldade da mãe que batia de mais, jogava a criança no chão... Eu acho que depende do grau de lesão, da gravidade do que aconteceu não falar que estupro é uma coisa de maior grau e depois a agressão física, então a meu ver eu acho que tudo é grave (E11).

Em se tratando especificamente de violência doméstica contra as mulheres, percebemos que a violência física e a violência psicológica, está também definida como verbal e emocional, são as mais conhecidas, sendo abordadas pela maioria das enfermeiras entrevistadas, o que pode ser explicado pelo fato de que esses são os tipos de violência que apresentam maior visibilidade, sendo os tipos mais denunciados nas Delegacias de Atendimento à mulher (DANTAS-BERGER; GIFFIN, 2005).

— *Tem a agressão física, a agressão verbal [...] acho que só essas duas. (E2)*

— *Violência sexual, violência física mesmo bater, espancar (fala com tom de voz mais forte), tem a psicológica – não abusa senão te mato não me acusa não me pega, se eu for para a cadeia quando voltar eu te mato... Ameaça a violência psicológica, além da tortura física mesmo (E3).*

— *...Agressão verbal, agressão física, tem as agressões verbais também que são coisas que agride verbalmente palavras que magoam então a agressão começa a ficar assim muito agressiva... Eu acho que vai perdendo o respeito vai ficando mais (E8).*

— *...Física, sexual, verbal, financeira, psicológica tem várias, eu trabalho aqui no pronto socorro e a gente vê de tudo um pouco (E7).*

— *A agressão física ela ultrapassa qualquer limite é a maior falta de respeito que você pode ter por uma pessoa, independente de ser casal... Além da agressão física, tem a agressão verbal à agressão emocional eu acho que tem uma série de agressões que a gente faz **e que às vezes a pessoa nem define como agressão** então às vezes uma palavra mal colocada é uma palavra que você usa de propósito para ferir é uma agressão... [...] agressão sexual também (E9).*

— *Eu acho que uma simples discussão já é uma violência, uma forma de agressão e todas as possíveis desde tapas espancamentos, agressões verbais o terror psicológico, de forma a estar estressando o espaço da mulher coagindo e até mesmo intimidando [...] a forma de abordar, o xingamento o desprezo isso também são formas de agressão, não só o extremo do esfaqueamento, de ser baleado (E10).*

Os discursos mostram que as enfermeiras conhecem os diferentes tipos de violência, além de perceberem que a violência contra a mulher

vai além da violência física, apresentando uma gama de fatores psicológicos, sexuais, morais entre outros.

Percebemos ainda, que a violência física é tratada sempre como um desrespeito a qualquer ser humano, entretanto as agressões verbais são de certa forma aceitas socialmente, mas elas entendem que a violência psicológica, ocorre como um passo anterior à violência física.

Os discursos evidenciam a idéia de que a violência tem um aumento gradativo, inicia-se com pequenas discussões e pode terminar em homicídios. Essa percepção vai de encontro ao que expõe a Secretaria Especial de Políticas para mulheres, 2005, ao afirmar que a primeira fase do ciclo de violência é a “construção da tensão no relacionamento”, fase em que pode ocorrer incidentes menores como agressões verbais, crises de ciúme, ameaças, destruição de objetos entre outros e desta evoluindo para uma fase na qual ocorre “a explosão da violência” sendo esta fase marcada por agressões agudas e ataques mais graves (Brasil, 2005b).

Chamou-nos atenção ainda, a percepção das enfermeiras para o fato que muitas vezes a pessoa agredida não define sua situação como de violência, mantendo a violência como invisível, fato concordante com os resultados de Schraiber et al, 2007 que, em seu estudo, de todas as mulheres que relataram agressões por seu parceiro, apenas 39,1% responderam que já haviam sofrido violência.

Ressaltamos que, com exceção de uma enfermeira, elas não citaram em seus discursos a violência sexual conjugal, o que é bastante expressivo, uma vez que esse tipo de violência, segundo Dantas-Berger e Giffin, 2005 acompanha a violência física de um terço à metade dos casos. Esta falta de destaque da violência sexual conjugal pode ser explicado pelo fato desta violência ser pouco investigada pelos profissionais de saúde, além do fato de ser também subestimada pelas próprias mulheres, uma vez que seguindo a tradição machista o sexo é considerado como uma “obrigação da mulher” dentro do casamento.

Quando questionados sobre a gravidade dos vários tipos de violência, notamos que a maioria das enfermeiras acredita que todas as

formas de violência geram conseqüências e, por esse motivo, todas as formas de violência devem ser eliminadas.

— *Eu acho que as duas (física e psicológica) têm o mesmo peso e uma está muito ligada à outra, de uma vai logo para a outra, está muito associado, uma não vive sem outra (E2).*

— *Eu acho que tem violências gravíssimas, violências assim que a gente fala que às vezes o motivo é banal, mas que chega até... Que a gente vê e até a presença, coisas seríssimas, até uma coisa que eu esqueci o estupro que sabemos que tem, assédio sexual até com criança (E4.)*

— *... Eu acho que a gente poderia escalonar assim dentre as agressões físicas as mais graves e as menos graves, agressão verbal as mais graves e as menos graves, agressão por problemas emocionais mesmo... Às vezes o jeito de você mudar o relacionamento é um tipo de agressão [...] Já teve espancamento, facada, agressão física mesmo (E9).*

— *Eu acho que assim a questão de apanhar fisicamente é difícil [...] tem a questão física o homem tem uma força física maior a mulher é mais frágil perto deles fisicamente, então é muita covardia é um ato covarde porque não está brigando de igual para igual está batendo em uma pessoa mais frágil é como uma pessoa adulta bater numa criança (E8).*

Algumas enfermeiras julgam que a violência psicológica é pior, uma vez que deixa a mulher dependente emocionalmente do parceiro, criando uma situação de baixa auto-estima que a impede de sentir-se capaz de sair do relacionamento violento, além de dar margem para o surgimento de outros tipos de violência, idéia que vai de encontro ao exposto por Saffioti, 2004, p.48, que traz que “a violência psicológica, cria feridas na alma”.

— *A psicológica é pior, porque não tem como você se defender, sabe em uma agressão física você se recupera, mas não tem como sair da agressão física porque tem a violência psicológica... (E3).*

— [...] a chamou de vagabunda e ela veio aqui chorando e mostrando as mãos e falava você acha que isso é mão de vagabunda isso doeu mais que um tapa então acho que essa violência é mais.....(para de falar e chora) ela deixou bem claro me dói muito mais isso daqui do se ela tivesse me dado um tapa, você acha que isso Não é ... Silêncio....(E7).

As enfermeiras percebem o dano provocado pela violência psicológica na vida das mulheres e essa visão coincide com o estudo de Dantas-Berger e Giffin, 2005, que encontraram que as agressões emocionais, afetivas e morais são consideradas pelas mulheres como aquelas que mais causam dor e sofrimento sendo consideradas, muitas vezes, piores que as agressões físicas.

Tivemos ainda alusões feitas às violências veladas, ou seja, usuárias dos serviços de saúde que apresentaram queixas diversas, que quando melhor investigadas trazem à tona a violência doméstica.

— [...] desde violência velada, aquela que aparece na depressão que quando você investiga, acaba descobrindo o que acontece de fato, até casos fatais de múltiplas facadas, pacientes baleadas, agredidas, cortes, socos, fraturas muitas coisas [...] dependendo de como remonta a história, de um chaqualhão passa para um tapa, do tapa passa para facada, e assim por diante, penso que essa questão da violência ela vai aumentando gradativamente a partir do momento que a mulher permite (E10).

Observamos, portanto, que os discursos das enfermeiras mostram que elas conhecem os diferentes tipos de violência, apontam o gradiente de sua ocorrência e conseguem reconhecer sua ocorrência entre as usuárias dos serviços de saúde.

4.2.4 - Quem deve “Meter a Colher”?

Inicialmente chamou-nos a atenção o fato de que a maioria das enfermeiras entrevistadas participantes deste estudo não se posicionou

como profissionais de saúde sobre intervir ou não em “briga de marido e mulher”. Observa-se que elas tiveram posicionamento como cidadãos comuns, no plano pessoal, não levando esse questionamento para seu campo de atuação profissional.

Vários tabus referentes à violência doméstica emergiram nos discursos das enfermeiras entrevistadas, assim temos as falas abaixo:

— *Até quando você está na agressão física dentro de casa eu acho que eles podem resolver, mas eu acho que quando existe risco de vida, é uma violência grave, tão grave que a gente interfere, às vezes de maneira indireta, chama a polícia etc. Agora eu intervir enquanto pessoa naquela relação não, mas no sentido de socorrer a vítima, ou de precaver alguma coisa mais grave, mas eu diretamente não... A sociedade tem organismos, usamos desses órgãos para que eles possam intervir, mas isso quando é uma violência física mais grave então a gente tem que interferir, em alguma coisa mais leve não (E2).*

— *Eu acho que a gente de fora, quando a coisa atinge um grau que foge do controle, principalmente com os familiares as pessoas que estão próximas, eu acho que tem que ficar em primeiro momento de observador, tem que pesar, tentar se aproximar ver como as coisas são, mas de uma forma bem sutil, mas eu acho que às vezes independente se for uma situação grave eu acho que tem que tomar providências sim, porque às vezes você na sua vida diária, você fica tão bitolado achando que você pode resolver as coisas e as vezes você não consegue resolver então você vai deixando e então as coisas podem se tornar mais graves. Se você não conhecer direito você pode fazer alguma coisa errada, porque você pode achar uma coisa e não ser aquilo. Então acho que a palavra chave de tudo é bom senso. (E4)*

Estes discursos trazem uma visão de que tudo que ocorre no ambiente doméstico é privado, e esta compreensão interfere na publicização da violência doméstica, uma vez que segundo essas profissionais, qualquer intervenção só deve ser realizada quando existe grave risco de vida para as pessoas envolvidas. Destaca-se ainda que essa intervenção só deva ser feita após se analisar e observar muito bem cada situação, mostrando como ainda é forte em nosso senso comum a idéia de que em “briga de marido e mulher não se mete a colher”.

Outro destaque a ser feito é que para as enfermeiras entrevistadas, deve-se intervir apenas, quando os envolvidos tem relações pessoais próximas com elas, como seus familiares, e ainda, defendem a idéia de que só merece condutas as agressões físicas, pois "*discussões em qualquer relacionamento existem*", assim concordamos Vieira et al, 2008 ao trazer que a percepção da violência ainda é distorcida, sendo declarada como tal apenas a agressão física.

— *Depende de quem eu sou para esse casal e depende até que ponto essa briga vai. Eu acho que discussões em qualquer relacionamento existem, agora briga violência já passa do limite (E5).*

— *Depende de onde você está com quem você está e onde você vai se meter..... Agora é lógico se você está vendo que é uma agressão física, se você está sentindo uma agressão psicológica eu acho que tudo pode ser conversado, mas não assim imposto, a gente tem que conversar eu se, por exemplo, ver uma agressão com uma criança e eu estiver perto eu interfiro sim... Até o ponto que eu posso intervir eu vou intervir, principalmente se for aqui no serviço (E6.)*

— *Deve intervir (bastante enfática) eu acho que deve, mas eu acho que depende. Você não vai ver uma pessoa espancar a outra e deixar quieto porque é marido e mulher, agora se tiver brigando por causa de programa de TV ou porque um quer sair o outro não quer, é uma coisa mais simples, agora você ver uma pessoa ser espancada, ser humilhada, tem que meter a colher sim antes que seja tarde demais. (E7)*

Apesar de algumas enfermeiras apontarem que, de acordo com a gravidade da ocorrência deve-se intervir, temos discursos que negam, veementemente, qualquer intromissão nas situações de violência contra a mulher, tratando o assunto como de âmbito, estritamente privado.

Esta posição é discutida por Scharaiber e D'Oliveira (1999) ao trazer que alguns profissionais de saúde não concordam com a introdução da violência doméstica no escopo da saúde pública, pois não consideram a violência como uma problemática que deve ser encarada sob a perspectiva da saúde.

— ...muito complicado, muito complexo, se a pessoa mesmo não consegue se defender o que você vai fazer você vai lá e briga com uma pessoa dessas, vai se envolver em uma questão dessas? Vai tirar uma mulher espancada e levar para sua casa? Vai denunciar pra polícia um cara perigoso desse que pode estar armado que vai lá fazer mal para sua família. Você vai interferir lá numa pessoa que você nem conhece... Agora se é da sua família, um irmão uma irmã... Família sim, agora desconhecida não (E3).

Esta postura foi identificada no discurso da enfermeira E3, que atua nos serviços de saúde, atende casos de violência contra a mulher, mas considera esses casos como fora do campo de atuação da saúde pública, não se dando conta da responsabilidade dos serviços de saúde. Essa visão de considerar a violência como um problema privado, e, portanto fora de seu campo de atuação leva os profissionais de saúde a não tomar condutas frente aos casos (RODRIGUEZ-BOLANOS et al., 2005).

Tivemos ainda profissionais que consideram que a violência doméstica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo deva ser abordada no âmbito da saúde mental.

— [...] De certa forma eu meti a colher porque me chamaram para meter, não que eu quisesse. Por isso que eu acho o ditado muito sábio à gente não deve meter a colher mesmo. [...] Eu acho assim que quando for meter a colher tem que ser de uma forma terapêutica, de uma forma psicoterapêutica, assim eu acredito, mas ao contrário assim se intrometer por se intrometer eu acho que não é legal não (E1).

— Eu acho que seria muito interessante se todas as pessoas tivessem acesso a psicoterapia sabe um tratamento ou uma forma da gente aprender a entender a mensagem que o outro passa. [...] quando a pessoa envolvida realmente não está conseguindo perceber a realidade uma outra pessoa que tem uma condição melhor ela pode até estar orientando. Mas o que normalmente as pessoas fazem é fazer um julgamento, tomar partido e entrar na briga é que não pode. [...] não deve meter a colher eu acho que isso está totalmente errado, então para você ter um julgamento isento e conseguir dar uma opinião a respeito da situação para ajudar as pessoas ao invés de atrapalhar a pessoa tem que ter um equilíbrio emocional muito bom, tem que ter uma formação muito boa e principalmente ter uma atitude de amorização com as duas pessoas. (E9)

Concordamos que profissionais da saúde mental possuem uma formação que os habilitam a manejar casos de desordens psíquicas, porém chamamos atenção para o fato que todas as categorias de profissionais da saúde são responsáveis pela promoção de uma assistência integral para seus clientes.

Assim, quanto à violência doméstica, consideramos um erro responsabilizar exclusivamente profissionais da saúde mental para o manejo adequado desses casos, pois a violência doméstica, na maioria das vezes, não está relacionada a desordens psíquicas e não deve ser tratada como tal.

Ressaltamos ainda que a violência doméstica contra a mulher exige ações integradas para a sua prevenção e combate mais efetivos. O Ministério da Saúde apresenta como uma das estratégias mais relevantes e desafiadoras para a erradicação de um problema complexo e multifacetado, que é a violência contra a mulher, à construção de redes de serviços que articulem a atuação governamental e não governamental. Essas redes devem articular áreas como segurança pública saúde, educação, assistência psicossocial, trabalho, habitação, entre outras, indo no sentido contrário das profissionais entrevistadas que julgam que a violência doméstica deve ser tratada primordialmente pela saúde mental (CARREIRA; PANDJIARJIAN, 2003).

4.3 - ATENDIMENTO: REZO PARA NÃO CHEGAR NADA NO MEU PLANTÃO [...] QUANDO CHEGA É UM PROBLEMA...

Nesta subcategoria abordaremos como os enfermeiros entrevistados percebem as mulheres em situação de violência que procuram os serviços de saúde, e quais os tipos de violência contra a mulher são percebidos nos atendimentos.

4.3.1 - Como a violência se apresenta nos serviços de saúde?

Apesar dos dados da literatura mostrar uma prevalência bastante elevada de mulheres vivendo em situação de violência, como a prevalência de violência física e/ou sexual de 28,9% na cidade de São Paulo em 2009, encontrada pelo estudo de D'Oliveira et al, 2009, ou o exposto por Marinheiro (2004) que 45% das usuárias que frequentam os serviços de saúde de Ribeirão Preto já sofreram violência alguma vez na vida, as enfermeiras entrevistados referiram não encontrar essa prevalência nos serviços de saúde, como apontam os discursos:

— *Bastante falamos bastante, mas não é que a gente atenda todos os dias. Mas é assim às vezes uma por semana, tem época que é um pouco mais, mas sempre aparece, tem sempre um caso de violência contra mulher. (E1)*

— *... É bem comum, mais criança que mulher [...] mas eu estou falando da minha experiência que não é muito, talvez quem esteja há mais tempo aqui possa te responder melhor, talvez quem fique a noite porque durante o dia é mais raro, não se vê casos de violência (E3.)*

— *O que a gente atende muito é na pediatria, as crianças que são muito molestadas que já sofreram algum tipo assédio mesmo... Porque as mulheres que sofrem violência é mais no período do noturno, as moças que ficam na rua, porque aqui é região da baixada então a gente tem mais isso aqui. Agora esses outros casos são muito difíceis chegar para nós pelo menos no período que eu trabalho, porque de manhã e a tarde parece que as coisas são mais leves e com o passar do dia parece que as coisas mais graves vão acontecendo, porque na maioria das vezes, é o homem que agride a mulher, a gente sabe que tem o contrário mais a violência é muito maior na mulher (E4).*

— *Esses casos que acontecem geralmente são com moradoras de rua, pessoas carentes, então chega. Agora neste outro nível de uma pessoa que esta estruturada que tem família, que aconteceu em casa, já é mais raro. A violência que atendemos é de via pública, agora de uma pessoa considerada normal, entre aspas, que tem uma casa, que tem uma família, que é briga conjugal isso já é mais difícil, chega com criança (E4).*

— ...Olha eu como trabalho muito com idosos a minha área aqui, a gente até tem alguns casos de maus tratos dos idosos, mas é assim o filho que não dá o apoio....eu trabalho muito pouco na ginecologia e no pronto atendimento, que são mulheres mais jovens então faz tempo que eu não tenho nenhum atendimento assim...(E8).

Os discursos apontam que as enfermeiras entrevistadas reconhecem muito mais os casos de violência doméstica contra crianças, fato explicado, possivelmente, pelo fato de que esse serviço está mais estruturado, ou seja, os profissionais sabem como conduzir o caso, ou seja, encaminhar para hospitais que acionam o conselho tutelar, além do fato, citado por uma entrevistada, que os pediatras estão mais sensibilizados com a questão da violência doméstica,

Assim, concordamos com o exposto por Leal e Lopes (2005) ao dizerem que crianças vítimas de violência doméstica encontram um envolvimento diferenciado dos profissionais de saúde. Existem mecanismos institucionais para acompanhá-las e encaminhá-las ao tratamento, não só do trauma mais também de sua proteção contra os maus tratos, o que diminui o sentimento de impotência dos profissionais, e assim sensibiliza e mobiliza o desenvolvimento de um olhar voltado para a identificação e o encaminhamento dessas situações.

A invisibilidade da violência contra a mulher pelos profissionais de saúde, pode ser entendida como o exposto por Herrera e Agoff (2006), que defendem que os profissionais usam um “distanciamento” para evitar frustrações frente ao problema com o qual não se sentem preparados para lidar, frente à escassez de resultados atingidos.

Assim consideramos que esse distanciamento gera uma desresponsabilização e/ou uma falta de sensibilidade dos profissionais de saúde, frente aos casos de violência contra as mulheres. Este posicionamento é discutido por Deslandes, Gomes e Silva (2000) ao afirmar que muitas vezes os profissionais de saúde não estão sensibilizados com a questão da violência contra a mulher, fato que pode ser apontado como um dos fatores da sub-notificação e do sub-reconhecimento observado nos serviços de saúde. Neste sentido,

apontamos que a capacitação dos profissionais pode ser um caminho para o manejo adequado desses casos nos serviços de saúde.

Chamou-nos atenção ainda o fato da violência contra a mulher ter sido relatada como um agravo de causas externas, ou seja, foi referida como violência de via pública, sendo a violência contra a mulher perpetrada por parceiros íntimos não reconhecida. Assim, acreditamos ser esse o motivo dos atendimentos de violência terem sido apontados como mais recorrente no período noturno, período esse caracterizado por uma maior criminalidade nas ruas.

Tem período que é mais tranquilo no período da manhã deve ser difícil aparecer, eu acho que é mais no período do final de tarde, madrugada, porque depois que escurece é que o negocio pega, a gente vê os casos aqui só depois da meia noite (E11).

Contrariamente ao que foi discutido, uma enfermeira relatou atender muitos casos de violência doméstica contra a mulher.

— A gente atende muitos casos... Tem muitos casos de violência, violência por tratar-se de uma área de risco, por se tratar de uma área de população carente, a gente tem um contingente muito grande. Geralmente de mulheres que apanham do marido ou companheiro violência física, ou psicológica também, ou violência familiar, então a gente atende bastante... (E5).

Assim acreditamos que os casos inegavelmente existem e estão nos serviços de saúde, porém é necessário que os profissionais de saúde estejam sensibilizados e capacitados para identificá-los e manejá-los adequadamente.

Assim concordamos com Morgado, 2005, ao denominar o fenômeno da violência como violências, os profissionais de saúde transitam pela complexidade da questão e então se posicionam diante da análise que melhor sabem lidar, sendo estes muitas vezes esquemas simplistas e imediatistas.

Em relação à violência percebida pelas enfermeiras entrevistadas notamos claramente os discursos sendo construídos sobre a violência

física, concordando com o exposto por Schraiber e D'Oliveira, 1999, que para o setor da saúde são visíveis, normalmente, os episódios mais agudos da violência, como a violência física explícita.

Pelos discursos apresentados percebemos, então, que as enfermeiras entendem que as mulheres que procuram os serviços de saúde devido à violência doméstica, são aquelas que necessitam de atendimento clínico e chegam com marcas visíveis da violência.

— [...]já vi muitas...muitas já apanharam realmente e chegam muito machucadas, algumas muito machucadas mesmo... Chega o marido bater na mulher aqui dentro... É duro, tem horas que é revoltante, mas aparece sim, não é um contingente grande todo dia mas está sempre aparecendo...(E1)

— Elas vêm para cá sangrando, em situação muito grave [...] elas vem procurar aqui com corte, sangrando... Mas se não fosse pra dar os pontos e tomar vacina ela não tinha vindo não... (E3)

— Elas chegam espancadas, na maioria das vezes com fratura, quando elas vêm pedir ajuda é porque não estão mais enxergando direito, não estão mais ouvindo direito, estão com o corpo inteiro doído, 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 médico, estou perdendo os movimentos da mão"-uma situação assim de chorar, a violência física é a que a gente mais encontra porque machuca então ela está sempre parando no pronto socorro (E7).

— Chega chorando cheia de hematomas, toda vermelha, toda machucada, é isso que acaba acontecendo [...] é que no período da noite a maioria que chega, é porque o marido já bebeu todas, é porque ela brigou com o marido [...] não era mais para estar acontecendo isso... (E11).

Nesses termos, das violências percebidas nos serviços de saúde, prevalece à violência física, visto que ela deixa marcas, machuca. Assim, na percepção das enfermeiras, as mulheres procuram o serviço de saúde para se restabelecer fisicamente e não para "tratar" a violência, que segundo elas, para este objetivo, não é o serviço de saúde que deve ser procurado e sim a polícia como na fala abaixo.

— Como é que elas vão chegar aqui se expor desse jeito, não é aqui que elas têm que procurar... É a polícia (E3).

Temos então que, apesar da violência estar inserida no escopo da saúde pública desde a década de 60, ainda não se encontra totalmente assimilada pelos profissionais de saúde, estando presentes no dia a dia destes serviços a idéia de que a violência não é assunto de saúde e sim caso de polícia.

Segundo Ruckert et al (2008, p.182) a questão da violência e seu enfrentamento pelos profissionais e serviços de saúde ainda não estão totalmente incorporados nas práticas cotidianas da área. Esses eventos, segundo os autores ainda “causam sofrimento e medo nos profissionais e ao mesmo tempo os tornam impotentes, em face da complexidade da situação”.

Neste sentido concordamos com Minayo, 2004, p.646, ao expor que “a violência é, antes de tudo, uma questão social, e, portanto, em si, não é objeto próprio do setor saúde”. Porém não há dúvidas de que a violência deve estar contida na saúde, uma vez que gera impacto na qualidade de vida das mulheres, pelas lesões físicas, psíquicas e morais e pela demanda de atenção e cuidados médicos-hospitalares que provoca. Cabe ressaltar que saúde não é a mera ausência de doenças; assim segundo a mesma autora “a violência é objeto inter setorial, no qual o campo médico-social se integra”(p.646). Então, inegavelmente, a violência faz parte do setor de saúde, que deve estar preparado para receber esses casos e oferecer o melhor desfecho possível.

As enfermeiras entrevistadas identificam que a maioria das mulheres que chegam ao serviço, vítima de violência física, verbalizam que foram agredidas por seus companheiros, contrariando os estudos de Santos (2003) e Marinheiro (2004) que nem mulheres procuram os serviços de saúde devido às lesões que apresentam e que não reportam o problema da violência. A nós nos parece que as mulheres verbalizam o

problema, porém os profissionais de saúde dão destaque apenas às lesões físicas em seu atendimento.

— *Verbalizam... elas chegam falando eu apanhei do meu marido. (E7)*

Em relação aos outros tipos de violência (psicológica, moral, patrimonial) que são violências que não apresentam marcas explícitas, as opiniões divergiram, porém a maioria dos entrevistados referiu que esses tipos de violência não estão presentes nos serviços de saúde.

— *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 físico mais grave, quando lesou algum órgão, algum membro, está com sangramento aí sim a gente acaba recebendo (E2).*

— *O que mais vemos no serviço é violência física, porque a violência psicológica a violência financeira **precisa de ela relatar você não vê**, mas um hematoma, um arranhão fica evidente, um trauma fica evidente (E7).*

— *Porque **a agressão verbal, esse tipo de agressão dificilmente chega ao pronto socorro**, porque eles chegam mais em desequilíbrio psicossomático que às vezes as pessoas nem percebem ou porque está num desequilíbrio psicossomático, a situação familiar tem um peso, mas a gente não detecta.....Agora agressão física, a pessoa chega lá com uma agressão séria, a gente atende e tem um componente emocional também(E9).*

Os discursos reafirmam que a violência física como está exposta, pelas marcas da agressão, acabam sendo percebida pelos profissionais, porém as violências que não deixam marcas acabam se tornando invisíveis na dinâmica dos serviços de saúde.

— *O serviço não está estruturado para receber esse tipo de queixa, vamos supor uma queixa que veio prevenir uma situação mais grave, para fazer um serviço preventivo, informativo para essas mulheres, o serviço não está preparado, ele está preparado justamente para o pronto atendimento desse caso mais sério, mais voltado pra agressão física. (E2)*

Notamos então que a prevenção de agravos não é trabalhada nos serviços, fato preocupante, pois como observam Schraiber, D'Oliveira e Couto (2006) não se pode aceitar a violência como fato corriqueiro e, particularmente, no campo da saúde, não se deve reduzir a atenção apenas em suas conseqüências à saúde, chamando para responsabilidade dos profissionais e cientistas da saúde, em conjunto com outros setores da sociedade, para que se preocupem com a prevenção e intervenham, posicionando-se no combate à violência.

Uma explicação dada pelas enfermeiras para o fato da violência psicológica, moral patrimonial não serem reconhecidas pelos serviços de saúde, é que para que essas violências sejam desveladas torna-se necessário a formação de um vínculo, uma relação de confiança entre usuárias e profissionais, que segundo elas essa realidade não está presente nos serviços de pronto atendimento.

— A gente não percebe (se elas não verbalizarem), os casos que a gente tem aqui são mais coisas clínicas, as que ficam aqui é para tomar um remédio [...] as que aparecem mais aqui .. de trauma é atropelamento, espancamento, é difícil (E3).

— Se ela não tiver alguma coisa que chama a atenção para contar isso é difícil... Ela precisa ter um vínculo com as pessoas, não sei se às vezes nos núcleos, e que eu só fico nas especialidades então vejo menos, porque só vem uma vez por ano, a cada 6 meses... Talvez na ginecologia nos núcleos, com o atendimento da família, o agente comunitário pode perceber melhor (E8).

Observa-se que o discurso das enfermeiras centra-se no modelo de assistência que privilegia aspectos físicos, sendo totalmente deslocado da integralidade do cuidado.

Assim concordamos que para a abordagem da violência doméstica contra a mulher é necessário a formação de vínculo entre a mulher em situação de violência e o profissional que a atende evitando que a má assistência se torne uma nova forma de violência contra a mulher. Neste sentido Deslandes (2002) afirma que as vítimas de violência, ao procurarem atendimento de saúde, muitas vezes são submetidas a um

modelo de assistência que acaba por lhes acarretar outra violência de caráter simbólico.

Então acreditamos que todos os serviços de saúde devem estar preparados para o atendimento da mulher em situação de violência, e não só as Unidades Básicas de Saúde ou o Programa de Saúde da Família, uma vez que esta é uma questão multifacetada que não deve ser entendida na singularidade. É necessário discutir a questão da violência contra as mulheres no cotidiano dos serviços de saúde, definir prioridades e de redes, considerando que a violência contra a mulher exige abordagem e intervenção interdisciplinares e intersetoriais.

Consideramos ainda que os motivos para a invisibilidade da violência são variados, e entre eles estão a desinformação e o despreparo dos profissionais, aliados às limitações estruturais dos serviços, que muitas vezes baseiam-se em atendimentos de curta duração e focados em entidades clínico-patológicas. (RUCKERT, et al., 2008)

Percebemos ainda a questão da violência não revelada, ou seja, aquela que se encontra encoberta por queixas vagas, ou segundo a entrevistada, mulheres que chegam em “desequilíbrio psicossomático”; assim percebemos que, na maioria das vezes, esse tipo de violência apesar de não revelada diretamente pelas pacientes, acabam sendo percebida pelos profissionais de saúde, pelos comportamentos e contradições apresentadas pelas pacientes.

— Às vezes algumas ficam encobertas, fica um monte encobertas, umas só aparecem aqui, não falam o motivo, mas a gente acaba desconfiando... Às vezes o tipo, o jeito... a pessoa fica muito... Você percebe a história fica sem sentido... Você percebe que a pessoa está mentindo, tem muito deslize. Eu percebo muito quando a pessoa está mentindo e às vezes a pessoa acaba até confessando, mas ela não quer, ela fala, na verdade você acaba puxando, forçando um pouco a barra apertando um pouco então aparece... (E1).

— Nem sempre... Às vezes elas contam alguma coisa que você vê que não tem muito nexos... Uma desculpa, elas inventam uma desculpa mais às vezes elas acabam contando. Se elas têm o vínculo com você, e vem uma vez, duas, três então acaba

criando um vínculo e elas acabam sabendo que no fundo você já sabe o que está acontecendo, então às vezes a gente não chega a perguntar diretamente, mas a gente começa induzir para que ela possa dizer... Ela está sempre assim com medo, então isso a gente começa a desconfiar (E5).

— A gente até vê que vem antes vem vindo, vem um dia que apanhou, vem outro dia que apanhou e na verdade vai deixando. As pessoas dizem “está continuando com ele é porque merece”. A gente vê aqui pessoa que chega com hematoma chega, arranhada e ela fala: cai da escada me machuquei (E7).

— Vamos supor que a pessoa chegue aqui com alguma coisa que a gente chama de DNV que é distúrbio neurovegetativo... Então ela chega com alteração da pressão arterial, com desmaio, com uma tremedeira sabe, chora... Então você vai perguntando o que aconteceu para ela chegar nessa situação às vezes a pessoa vai te dar N motivos então no fim ela acaba dizendo que brigou com o marido (E9).

— [...] a gente suspeita pela raiva que a pessoa está se referindo ao esposo, sabe pelo que está passando em casa, pelo jeito dela, ela fala que caiu, mais a gente sempre deixa uma mão pra ela segurar, a gente fala se ela quiser conversar trocar idéias, se ela quiser sugestões de como reclamar, como fazer... (E11).

Por esses discursos percebemos que mesmo quando desconfiam, os profissionais não abordam a questão da violência diretamente. Algumas enfermeiras entrevistadas forçam ou se deixam abertas para que a mulher fale, mas a conduta só é tomada quando a mulher relata a violência; antes disso, todos desconfiam, porém não abordam a mulher diretamente.

Colaborando com essa idéia temos ainda discursos que trazem que, para que a violência seja abordada, é necessária uma sensibilização do profissional que atende, o que muitas vezes não ocorre nos serviços de saúde, como exposto na fala abaixo.

— ... vai depender da disponibilidade interior do profissional que está atendendo porque nem sempre ela vai se sentir a vontade para falar de fato o que foi que aconteceu. Então fica subnotificado na receita de diazepam, fluoxetina. Faz a terapia medicalizante e de fato você não sabe o que está acontecendo (E10).

Assim concordamos com o exposto por De Ferrante, 2008, que a violência é uma questão invisível nos serviços de saúde, não apenas por um não reconhecimento dos casos por parte dos profissionais, mas por uma negação dessa existência, sendo esta uma forma de não lidarem com uma questão para a qual não se sentem capacitados.

4.3.2 - Percepção sobre o atendimento realizado na unidade – É muito difícil lidar com isso!

Em relação ao atendimento prestado pelas enfermeiras entrevistadas, o acolhimento da mulher em situação de violência foi um assunto abordado. Segundo o Ministério da Saúde, entende-se por acolhimento:

O conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à mulher em situação de violência. O acolhimento pressupõe receber e escutar essas, com respeito e solidariedade, buscando-se formas de compreender suas demandas e expectativas (BRASIL, 2005a, p.13).

— [...] Tentar fazer o acolhimento dessa mulher, colocar ela em um lugar mais reservado, tentar escutar um pouco da história dela, dar um atendimento de enfermagem e tentar mostrar para ela a rede social de serviços que dá suporte caso ela queira sair de casa, caso ela queira fazer denuncia... Então tem que estar à equipe e a paciente porque se a paciente não levar isso até o fim como eu vou fazer um diagnóstico de saúde se a própria paciente nega. (E2)

— Bem geralmente a gente tenta ter um diálogo mais reservado com essa paciente, às vezes até induz que ela diga..., a gente não vai falar: você está apanhando do seu marido. Mas pergunta: é isso mesmo que aconteceu, você tem certeza que você caiu, você não quer falar nada, posso te ajudar. A gente deixa claro para ela que somos profissionais que a gente não vai fazer nada, que se a gente puder ajudar de alguma forma que a gente está disponível para isso então a gente deixa livre pra estar falando sobre isso(E5).

— *Ahh o acolhimento é prioridade... Para não ficar expondo também... (E11.)*

Os depoimentos acima revelam que, apesar das enfermeiras manterem preconceitos e expressarem visões machistas sobre a violência contra a mulher, manifestam preocupações com a qualidade da assistência prestada, chegam inclusive a destacar princípios da humanização do cuidado. Nesse sentido, apontam o uso de tecnologias leves, incluindo a necessidade de privacidade, além de uma posição de empatia dos profissionais que estão entrando em contato com essa mulher.

Porém, na dinâmica atual dos serviços, observamos que esse primeiro contato da mulher com o serviço, muitas vezes, é feito em um local que não oferece essas características; assim defendemos que é necessário uma readequação dos espaços físicos das unidades para que o acolhimento seja facilitado, gerando privacidade para os clientes, sem, no entanto, criar-lhes situações constrangedoras.

— *Aqui a gente tem uma dificuldade grande porque todo paciente que chega ele faz a ficha na recepção e passa ali pela pré consulta... Então às vezes eles chegam envergonhados e ali é muito aberto, a pessoa não consegue conversar direito. Então vai depender muito porque, eles não chegam procurando direto a enfermeira eles vem e passam por consulta, algumas falam claramente, outras não, às vezes quando tem confiança no auxiliar... (interrupção) ela relata e o auxiliar encaminha para a gente. Muitas vezes elas chegam aqui e já foram fazer boletim de ocorrência, então vem aqui só pra fazerem o atendimento. Chegam aqui de várias formas, chegam procurando diretamente na mesinha [...] é difícil à chegada, não tem muita privacidade [...] e chega dessa outra forma que já passaram que já fizeram boletim de ocorrência e vem aqui mais pra fazer um atendimento.*

Notamos que o atendimento da mulher no serviço de saúde se dá de forma desarticulada, ou seja, cada profissional atende isoladamente e vai “passando o problema”. Se a mulher não verbalizar para o auxiliar de enfermagem, que faz o acolhimento ou para o médico, o enfermeiro não toma ciência do caso. As enfermeiras, muitas vezes, só entram em

contato com a mulher quando ela permanece por mais tempo na unidade; a falta de comunicação entre os diversos profissionais da unidade é um grande problema.

— *Se foi alguma coisa não muito grave, se ela veio assim com uma queixa leve ela vai passar pelo médico, se o médico não estiver atento ele nem notifica quer dizer fica subnotificado. Vai chegar para a enfermagem quando fica na observação que a gente vai ver o que aconteceu, vai ver porque a paciente está ali, porque senão ela vai fazer uma ficha vai passar pelo médico e vai embora, não vai chegar para gente, se o médico está atento e isso acontece mais na pediatria é feito à notificação os médicos na pediatria são mais orientados são estão mais voltados para isso, sabem identificar melhor, então acaba a gente fazendo a notificação até de casos leves. Mas a gente fica mais com aquelas que ficam aqui um pouco mais graves. (E5)*

Quanto à assistência de enfermagem propriamente dita, prestada pelos enfermeiros entrevistados, notamos a insegurança e o despreparo desses profissionais, e o quanto os mesmo se sentem incapacitados.

— *Dava para dar isso de modo geral... Mas a gente não consegue abordar... É muito difícil lidar com isso [...] é muito difícil, as pessoas sempre estão indisponíveis não querem por mais que sejam vitimizadas elas não querem, acabam deixando para lá mesmo. Eu acho que ainda falta muito, pelo menos no serviço público eu sinto um atropelamento tão grande que você às vezes fica muito amarrado às coisas a sua volta não funcionam. (E1)*

— *[...] eu vou dar uma atenção como enfermeiro, então eu sei que tem assistente social aqui, que se eu mandar ela para delegacia eles vão dar esse suporte, então meu papel realmente é o do acolhimento, depois essa rede a gente consegue trabalhar junto com os outros profissionais (E2).*

— *...Toda vez que chega assim qualquer caso, é um problema, todo mundo às vezes fica um pouco perdido no atendimento. (E4)*

— *... As pessoas acabam usando seus recursos pessoais e cada um faz de um jeito, então eu acho que o enfermeiro não é muito preparado para abordar, o médico menos ainda, a não ser pra atender a lesão, então atende a lesão o resto... Vai lá com a enfermeira, vê lá com ela porque muita conversa não é comigo. Quase sempre ela tem*

que ser encaminhada para um hospital de nível terciário, outros não, só precisam de ventilar, mas acho que isso tem que estar aqui perto (E10).

— Eu me sinto muito aliviada quando a noite que eu estou de plantão, durante meu período, não aparece ninguém. (E11)

Os discursos denotam que os profissionais de saúde têm dificuldades para lidar com a questão da violência doméstica, sentem-se despreparados e desestruturados. Assim, cada profissional utiliza os recursos que julgam ser os melhores para abordar o caso, mas deixam explícito que ficam aliviados quando não precisam lidar com essa situação problemática.

O despreparo para lidar com situações desta complexidade, leva-os a privilegiar o atendimento clínico, focado nas lesões apresentadas pelas mulheres além de prevalecer a desarticulação dos diferentes profissionais na assistência a essas mulheres.

— Eu acho que não tem essa ajuda... A gente na verdade... Culturalmente nós aprendemos que na nossa saúde a gente responde muito mais aos sintomas físicos mesmo, os sintomas somáticos, dar conta da agressão, usar algum medicamento, uma coisa talvez mais somática mesmo. Agora essa parte de retaguarda de serviços para você poder fazer alguma coisa a mais fica difícil... Às vezes eu faço, mas confesso que é difícil... (E1)

— A gente encaminha, e pede para ela procurar a polícia para fazer um boletim de ocorrência, se for uma violência mais séria o hospital que a gente tem de referência é o hospital das clínicas, se for uma violência mais leve é feita a notificação e ela vai ser encaminhada para uma assistente social. (E2)

— Então se chegar um caso vocês fazem a ficha de notificação – Isso e o atendimento clínico. (E3)

— Agora quando ela quer, quando ela refere, à gente orienta, às vezes chama a polícia para estar fazendo o boletim de ocorrência aqui ou a gente orienta ela ir à delegacia, já entra em contato com a delegacia... Então a gente já encaminha (E5).

— [...] ela passa por atendimento, por acolhimento, RX para ver se não machucou nada, depois faz medicações e então a gente chama para conversar [...] Então sempre que existe uma suspeita ou uma confirmação de violência sexual ou doméstica o que for seja com a criança, mulher, contra o idoso, contra o travesti contra os vários grupos de pessoas a gente faz a notificação e entra em contato, se for criança menor idade a gente liga pro disque denuncia e com o conselho tutelar. (E7)

— Você precisa trabalhar muito a pessoa para ela ter coragem, às vezes até para ela deixar você tomar as atitudes que precisa. Às vezes até para ela aceitar, para ela concordar. Porque se ela concorda você tem que fazer um impresso, fazer a notificação da mulher, da criança, a gente tem que denunciar, tem que preencher o formulário e dar o encaminhamento que deve ser dado (E8).

— Bom na hora do atendimento da urgência é muito difícil você tentar orientar fazer qualquer coisa porque a pessoa está muito... É um trauma grande, e é difícil orientar nesse momento. Se a pessoa fica mais tempo na unidade, por ter mais problemas, precisar de uma internação maior, então às vezes no final do atendimento até dá para gente dar uma orientação maior... Mais na unidade é assim se ficar bastante tempo, dá tempo de fazer alguma coisa no final do atendimento se não é mais complicado às vezes a gente não consegue passar nada, porque a pessoa não consegue absorver nada do que você está falando. (E9)

— ...Olha o procedimento é dependendo da classificação de risco das agressões se é uma agressão verbal eu acho que a gente tenta ventilar, conversar com a pessoa referenciar para um serviço se precisar e notificar (E10)

O papel da enfermeira dentro da unidade de saúde é bastante focado nas orientações dos usuários; assim, percebemos que as profissionais entrevistadas percebem que é sua a função de orientar as mulheres em situação de violência, assim como notificar os casos atendidos; porém, conforme abordaremos mais adiante, essas profissionais relatam que não tem informações suficientes para orientar essas mulheres, e assim acreditamos que, apesar de conhecerem sua função, acabam por não fazer o adequado por falta de informação/capacitação.

Quanto à notificação, apesar da maioria das enfermeiras relatarem esse importante papel, como prática estabelecida em sua dinâmica de atendimento, percebemos que, ao serem questionadas diretamente sobre a ficha, poucas a preencheram e algumas sabem apenas de sua existência, mas nunca tiveram contato com a ficha.

Assim, percebemos que os profissionais não são capacitados para essa questão e enfrentam muitas dificuldades ao atender mulheres em situação de violência, e entre as dificuldades relatadas notamos que existem problemas estruturais de organização do serviço, como alta demanda de pacientes, o que gera uma falta de tempo para que o profissional possa atuar na orientação das pacientes, e dessa maneira sentem-se atropelados pelo serviço, como na fala abaixo.

— Então a gente tenta dar suporte em alguma coisa... Eu acho que a gente faz muito pouco para ajudar, QUANDO DÁ, não dá porque nossa procura é muito grande, então essa parte talvez de apoio de psicológico etc fique muito no segundo plano infelizmente, porque a gente tem procura muito grande... (E1).

— Quase sempre essa abordagem (não biológica) é um pouco complicada dentro da emergência, ou dentro da sistematização que teria na emergência, você acaba racionalizando algumas coisas até porque você tem um volume muito grande para estar atendendo... Mas a gente tem que sempre estar lembrando dessa questão da notificação principalmente se ela não vai ser regulada, porque se ela for você acredita que o hospital vai fazer. Mas acaba se perdendo, porque é privilegiado o atendimento de urgência e não esse desdobramento e orientações de estar procurando a DDM, de estar tentando fazer essa abordagem de como ela gostaria que as coisas acontecessem..... (E10)

Além da falta de tempo, percebemos ainda uma cultura de atendimento biologista na formação desses profissionais como outra dificuldade; os enfermeiros sentem-se “treinados” para o atendimento clínico, medicalizante, e assim sentem-se despreparados para atender uma questão de cunho social, interdisciplinar. como a violência doméstica.

— A mulher violentada tem o protocolo... A única coisa que faz é vacina ou trata também com medicamentos anti retro virais. [...] Então vai ser encaminhar conforme a condição clínica se for alguma coisa mais grave, se precisar de uma sutura ou alguma coisa assim. Eu acho encaminharia como qualquer outro paciente, porque ele não vai com aquela coisa de vitimizado Pode até aparecer lá que teve agressão, que foi agredido, mas não vai em uma condição de vitimizado, de mulher alguma coisa assim. É regulado para parte clínica mesmo, para outra parte não se faz nada (E1).

— Quando fala em violência você só pensa em violência sexual, aqui a gente é bem focado para isso [...] a gente sempre trabalha junto com a assistente social, chamamos a assistente social e agora por aquele protocolo a paciente vai encaminhada para o HC faz a ficha...deixa-me ver se estou lembrando direitinho, faz a ficha de notificação e encaminha para o HC, porque geralmente se for ter que iniciar algum medicamento... Se for violência sexual, agora se não for se for só agressão, geralmente à gente orienta para fazer boletim de ocorrência e faz a ficha de atendimento e deixa depois a disposição (E4).

Além dos traumas físicos, observa-se que as enfermeiras deram destaque ao atendimento da violência sexual contrariando seus discursos em relação aos tipos de violência reconhecidos por elas.

Associamos este dado ao fato de que os atendimentos da violência sexual são realizados conforme o Protocolo de Atendimento às Vitimas de Abuso e/ou Agressão Sexual do Ministério da Saúde, que estabelece os passos a serem seguidos, desde a entrevista inicial até o momento da alta, definindo como deve ser feito o atendimento. Esta sistematização conforme Pedrosa, (2003, p.80), “de certa forma, aplaca a angústia associada ao tratamento desses casos”. Assim acreditamos que os profissionais construíram seus relatos sobre o atendimento à violência sexual, pois este é um tipo de violência medicamentada, então os profissionais sentem-se seguros em falar sobre ela uma vez que “sabem quais passos devem seguir”.

Desta forma, como exposto por Ruckert et al (2008), muitas vezes ao se depararem com a violência, os profissionais ainda não sabem como lidar com ela, e seu despreparo faz com que atuem sobre os danos

biológicos, não fugindo das suas funções clássicas, havendo ainda a dificuldade de articular ações e serviços.

Apesar de terem maior prontidão para a assistência nos casos de violência sexual, as enfermeiras relataram as dificuldades enfrentadas para que a mulher revele a violência sofrida.

— *Olha acho que vai de atendimento para atendimento, mas uma das dificuldades é a pessoa querer falar sobre isso, porque normalmente a pessoa não quer, ela fica envergonhada ela fica constrangida de estar falando, de estar denunciando uma pessoa querida dela. Porque normalmente quem agride é uma pessoa querida porque se não é, a pessoa já vai direto para delegacia não vem para o posto de saúde, só se realmente ela estiver muito machucada. Quando é violência doméstica que parte de uma pessoa que ela gosta eu acho que a dificuldade é isso você estar identificando primeiro se foi uma violência, porque muitas vezes ela esconde, e a segunda você estar conscientizando essa pessoa que para que não aconteça mais ela tem que estar denunciando e elas muitas vezes não denunciam [...] a gente acaba caindo nessa situação que nunca o agredido quer denunciar o agressor (E6).*

Os discursos revelam que mesmo no caso da violência sexual, cujo manejo é sistematizado e as enfermeiras não apresentam dificuldades, elas esperam que a mulher verbalize para que possam dar o atendimento adequado. Tal atitude de relatar que a mulher não fala sobre a violência pode ser um mecanismo de defesa do profissional que não está preparado para enfrentar a questão.

Este despreparo é revelado pelo medo de lidar com situações de violência doméstica, como apresentado nos discursos das enfermeiras entrevistadas.

— *[...] a gente já viu casos do agressor vir aqui e querer intimidar ainda, sabe se a gente fizesse alguma coisa, se a gente chamasse a polícia dele querer intimidar para que a gente não tivesse nenhuma atitude, então a gente está exposto a risco também de ser agredido pelo agressor. (E5)*

— *[...] então a gente percebe que os profissionais também têm certo receio de fazer a denuncia... as pessoas tem um pouco de medo, então você tem que ter cuidado*

também, porque é o que eu falo você tem que saber um pouco o que está acontecendo para você não fazer uma denuncia e depois não ser nada disso (E8)

— ...você tem que tomar muito cuidado... Você não vai ver uma suspeita... É por isso que a gente aciona a assistente social para fazer um levantamento familiar faz visita, para a gente poder se cercar e se sentir segura, porque o profissional também tem um pouco de receio [...].você mora no bairro, eu fiquei preocupada. (E8)

Percebemos, assim, que o receio dos profissionais de saúde em lidar com os agressores é uma realidade presente no dia-a-dia das unidades; e esta atitude muitas vezes gera uma paralisação dos profissionais, como uma forma de proteção, para que não possam vir a ser responsabilizados pelos agressores, pois sentem-se assim desprotegidos para lidar com a questão da violência doméstica.

Ainda sobre o atendimento realizado na unidade distrital de saúde percebemos ainda uma indignação dos enfermeiros entrevistados por não terem apoio de outros serviços, eis que sentem-se angustiados por sentirem que não podem resolver o problema da mulher em situação de violência.

*— ... É uma situação complicada porque a gente acaba podendo oferecer só mesmo suporte... Apoio para essa pessoa, mas se ela não quer fazer alguma coisa você não vai fazer nada, vai continuar naquela situação porque isso geralmente quer dizer que ela vai continuar, vai se submeter, vai sair de casa ela não tem condições, não tem para onde ir, às vezes ela tem filhos com aquela pessoa então não tem jeito. **Fica meio que de mãos atadas** porque você não tem um acompanhamento psicológico, não tem um serviço de apoio para acompanhar essas mulheres para que ela saia dessa estrutura que ela não está agüentando então a gente não tem muito que fazer... (E5)*

— ... Tem às vezes no pronto atendimento, as meninas falam agora tem a delegacia da mulher, elas são encaminhadas para fazer um boletim de ocorrência [...] acho que não tem como não mexer com os profissionais a gente fica... Muitas vezes não tem muito recurso, não tem muitos locais para recolher as crianças é difícil, para acolher a mulher é difícil, para o idoso nem se fala. Hoje se você vê uma situação insegura você não tem para onde levar então é triste você fica meio amarrado meio sem ação (E8).

— Às vezes é o marido mesmo que traz depois de uma discussão porque a pessoa passa mal então o que você vai fazer, **faz a mulher entender que é mulher dá um calmante para os dois e manda para casa...** Quando a pessoa chega com espancamento, facada, ela vai direto para a sala de urgência então a gente atende primeiro a parte física, dá o primeiro atendimento do que é possível e se for necessário você faz uma sedação, ou dá um calmante qualquer coisa, a depender do que o médico prescreve e depois se a pessoa precisa de internação provavelmente ela vai receber outro tipo, o atendimento psicológico mais tarde, mais na hora vai depender do tamanho do trauma. (E9)

Observa-se que as enfermeiras têm um discurso em que impera a falta de suporte institucional e estrutural para lidar com a situação de violência contra a mulher. Oliveira, Fonseca (2007), consideram que um reflexo da falta de organização do serviço para o atendimento de mulheres em situação de violência é a geração de uma “impotência paralisante” por parte dos profissionais de saúde. Sentindo-se, então, impotentes, muitos optam por reconhecer apenas o que lhe é conhecido, ou seja, a questão do atendimento clínico medicalizante, baseado nas concepções tradicionais de gênero – *“faz a mulher entender que é mulher... dá um calmante pros dois e manda pra casa...”*.

Esta conduta desconsidera a iniquidade das relações, além de aumentar a vulnerabilidade da mulher, que continua exposta à violência e, pelo efeito do calmante, muitas vezes se tornam impedidas de reagir, agravando ainda mais as consequências.

A falta de integração dos serviços é apontada como uma grande dificuldade do atendimento de mulheres em situação de violência por parte das enfermeiras entrevistadas, como descrito nos discursos abaixo.

— É difícil a Delegacia da Mulher tem hora que a gente fica... Principalmente com os horários, a gente fica muito a mercê do que funciona do que não funciona [...] de um modo geral a gente dá o atendimento que temos que dar e orientamos a procurar porque aqui se eu chamar hoje um profissional e dizer que tem uma mulher, dificilmente a polícia vem... Então a pessoa realmente que tem que (E1).

— ...A gente tem dificuldade na receptividade, a gente tem dificuldade porque tem que ligar 10 vezes para poder conseguir falar com alguém, não é aquela coisa pronta que vai te dar uma solução na hora, então realmente é um problema, quando chega. (E4)

— Às vezes a gente até detecta, mas não tem o que fazer, vai encaminhar para saúde mental, a pessoa tem não sei quantas esperas, outras vezes a gente encaminha para grupos de terapia alternativas porque a gente sabe a dificuldade da rede então as vezes a pessoa consegue ajuda(E9)

— Eu acho que isso está complicado porque a gente não consegue colocar essa mulher em um abrigo, em outro local existem até alguns, mas você tem que procurar... e isso é muito triste, você incentiva, você ajuda dá apoio e de repente fala só que agora não tenho onde colocar a senhora! Então que respaldo legal enquanto cidadã [...] precisa de uma forma de enfoque para mulher, porque os recursos que nós temos... Eu vou lá faço a notificação só que ela acaba tendo que retornar para casa do companheiro (E10).

Frente a estes depoimentos, e considerando o caráter interdisciplinar da violência contra a mulher e a complexidade da questão, observamos o quão importante é o estabelecimento de uma rede de serviços que articulem a atuação governamental e não governamental em áreas como segurança pública, saúde, educação, assistência psicossocial, trabalho, habitação, entre outras.

Assim nossos dados mais uma vez confirmam o exposto por Carreira & Pandjarian (2003, p.10) ao expor que:

A construção de redes de serviços para o enfrentamento da violência contra a mulher se constitui em uma das estratégias mais relevantes e desafiadoras para a erradicação de um problema tão complexo e multifacetado, que destrói vidas e compromete o desenvolvimento pleno e integral de milhões de meninas e mulheres no Brasil e no mundo.

Tivemos ainda profissionais que relataram não gostar da questão da violência e por isso se afastam, como na fala abaixo:

— As pessoas não gostam do assunto e automaticamente esquecem o assunto (E9)

Porém, cabe a nós, novamente, questionar: será que os profissionais de saúde simplesmente não gostam do assunto, ou não se sentem capazes e acabam por se afastar para fugir da frustração de não ter o que fazer?

Assim, diante das dificuldades apresentadas pelas enfermeiras, ao abordarem as questões da violência doméstica, percebemos um sofrimento por parte destas profissionais, cada uma se posicionando de uma maneira para prestar assistência de saúde a essas mulheres.

— *Doido pra aposentar e ir embora disso aqui, eu não agüento mais ver as coisas não funcionarem, se eu pudesse eu tinha aposentado ontem eu sou muito descrente porque eu não vejo as coisa funcionarem*(E1).

— *Você assim se sente impotente na verdade diante da situação e você tenta fazer sempre o melhor para poder ajudar a pessoa [...] é assim uma situação muito deprimente muito triste, assim que você gostaria de estar solucionando* (E4).

— *[...] o profissional fica meio assustado quando vê a violência sexual, o estupro é uma coisa que deixa a equipe fica muito assustada, principalmente quando é criança, todo mundo fica naquela angústia é uma coisa que precisa de preparo para lidar. [...] bom eu gosto de trabalhar com velho, acho mais fácil, as questões da mulher, da criança, do idoso é muito triste é terrível. Você vê a falta de amor que as pessoas às vezes têm a ira, a violência... são coisas difíceis de trabalhar* (E8.)

— *...É até deprimente falar nisso, é complicado... Eu acho que nós somos muito omissos em relação a isso, nós a sociedade como um todo, a sociedade civil ela acaba sendo omissa por causa desse jargão [...] a sociedade civil deveria ser mais participativa neste sentido.....porque pode virar até pessoal. Muita tristeza tem momentos que eu sinto raiva, vontade de fazer justiça com as próprias mãos, se eu pudesse eu botava o condenado na cadeia, 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, outros momentos eu fico com raiva a gente acaba sentindo raiva embora é penalizante é um sentimento de impotência frente a essa situação [...]nós tentamos racionalizar até a dor para poder atender... (E10).*

— ...Dá uma raiva porque a gente fica muito amarrado não dá pra gente...é vamos dizer assim... (E11.)

Diante dessas falas, notamos que muito ainda deve ser trabalhado no sentido de formação desses profissionais, que estão na porta de entrada dos serviços de saúde, para que a assistência de saúde se dê de maneira adequada e integrada; é preciso preparar esses profissionais para que eles possam lidar primeiramente com suas questões pessoais e então poder acolher a mulher em situação de violência com empatia e conhecimento.

Embasados em sua formação biológica, as enfermeiras entrevistadas apontam, como solução possível para a assistência em casos de violência contra a mulher, a existência de protocolos de atendimento, como descrito abaixo:

— Muitas informações eu acho que se perdem porque você não tem um protocolo certinho, nós temos a ficha de notificação e as orientações... (E10)

— [...] porque tem muita coisa que a gente não sabe o que abordar primeiro, o que perguntar primeiro, o que enxergar primeiro, sabe como em uma parada que você sabe o que você tem que fazer primeiro, agora na agressividade é difícil, porque o que a gente faz é encaminhar para o médico e perguntar para ele se ele quer encaminhar para o posto ou se vai encaminhar para alguma instituição. (E11).

Porém, a nosso ver, o que falta para esses profissionais, são informações para que possam realizar um atendimento adequado, pois a definição de protocolos de atendimento para uma questão complexa e interdisciplinar, como a violência doméstica, acabaria por não abarcar as várias facetas da violência, com o risco de limitar a assistência à medicalização. Neste sentido, mais uma vez, enfatizamos que a formação dos profissionais, acrescido da integração dos serviços de atendimento – a formação de redes de atendimento – é um passo essencial para que as mulheres em situação de violência tenham uma assistência com qualidade.

4.3.3 - O atendimento ideal.

Tendo em vista as percepções e dificuldades expostas pelas enfermeiras entrevistadas sobre o atendimento de mulheres em situação de violência, questionamos como seria, na visão delas, um atendimento ideal a essas mulheres, e percebemos que elas possuem conceitos fundamentais como o fator intersetorial e a visão multidisciplinar da violência.

— ... Programa do XXX ele queria fazer um lugar só de atendimento para a mulher achei interessante porque envolveria tudo, seria mulheres agredidas, envolveria parte de ginecologia, um centro mesmo para mulher. [...] acho que teria que ter uma coisa mais voltada para a mulher mesmo porque a mulher é diferenciada neste aspecto, fisicamente, tem que tomar mais de cuidado [...] tinha que ser uma coisa não só para mulher vitimizada, mas uma coisa em conjunto. Acho que tinha que ter um pouco de tudo (E1).

— ... Tem que ter as questões dos núcleos, a gente percebe que isso é um facilitador, então o agente comunitário vai, a enfermeira, o auxiliar eles costumam fazer visitas, manter contato com a família fazer diagnóstico dessas coisas, agora o que precisa é hora que você levanta o problema, hora que você expõe o problema é ter recurso social para dar respaldo para a equipe porque eu acho que isso é mais complicado, eu acho que casas de apoio [...] hora que você levanta o problema você tem que ter ações, o social tem que caminhar junto (E8)

— ... Um serviço ideal seria uma equipe multiprofissional para estar atendendo à mulher dentro da sua integralidade... Melhorar a porta de entrada estar focado para intervenção, ser um ambiente discreto, melhorar as notificações (E10).

Apesar de toda a alienação demonstrada anteriormente, as enfermeiras entrevistadas conseguem identificar que um serviço ideal deve suprir as dificuldades que sentem, assim como julgam que há necessidade de inter-relação entre os serviços associados ao atendimento de mulheres em situação de violência.

Assim, demonstram em seus discursos, a defesa da formação de redes de atendimento, o que vai de acordo com o exposto pela Rede Mulher de Educação, que, para o enfrentamento da violência contra a mulher nas políticas públicas, há necessidade da “constituição de uma rede integrada de serviços voltada para a promoção da cidadania e da equidade, de caráter participativo, com o envolvimento da sociedade civil, particularmente do movimento de mulheres” (CARREIRA, PANDJIARJIAN, 2003, p.16)

— ... Acho que devia ter casa abrigo, um apoio social, se a mulher quiser sair de casa e enfrentar isso... Porque isso é uma rede ela está presa ali... Tinha que ter um apoio para ela se colocar no mercado de trabalho uma coisa que nem sei se existe... Realmente ajudar a pessoa a sair disso e que ela não tenha que voltar porque ela não tem condições de comer, ou porque ela tem medo que a pessoa a mate ela (E3).

— Eu acho que devia ser uma equipe multiprofissional, teria que ter um psicólogo, uma assistente social, um enfermeiro, o médico... Poderia ter uma ponte com o psiquiatra, teria que ter um apoio também do pessoal do conselho tutelar porque às vezes os filhos são pequenos e precisa,... Teria que ter um trabalho de uma equipe multiprofissional e de interação com outros aparelhos da comunidade, que pudesse estar atuando junto para você conseguir mexer na situação familiar, de uma forma mais efetiva (E9).

— Uma equipe multidisciplinar inclusive com o pessoal da delegacia para a paciente não precisar ir para outro lugar, porque querendo ou não é uma dificuldade, por isso que elas não vão dar queixa é difícil para elas se locomoverem. Então se criar um serviço desses que tenha assistente social enfermeiro, médico e até uma delegada, uma promotora... (E11).

Dessa maneira, na visão dos enfermeiros entrevistados, os serviços que atendem à mulher em situação de violência, devem ter estratégias que dêem subsídios para promover autonomia para a mulher, para que ela possa ter condições e estrutura para sair da relação violenta.

— Ah deveria ter todo um trabalho de prevenção, de levar autonomia a pessoa, porque a partir do momento que ela conhece o direito dela como mulher, como esposa,

como mãe, a questão da integridade humana, dos recursos sociais que ela tem caso ela queira mudar de vida ela precisa ter esse conhecimento saber que tem uma série de profissionais que podem dar suporte a ela, assistente social, psicólogo, psicoterapeuta. Alguém que dê uma ajuda financeira mesmo para que ela possa caminhar com autonomia (E2).

Neste sentido, os discursos das enfermeiras entrevistadas reforçam a necessidade da formação de redes ser uma prioridade das políticas públicas, uma vez que trazem implícita a idéia de que um atendimento ideal se faz a partir da formação de redes de atendimento que segundo a Rede Mulher de Educação:

“Chama-se de rede de serviços para o enfrentamento da violência de gênero a atuação articulada entre instituições e serviços governamentais e organizações e grupos da sociedade civil visando à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento, à identificação e o encaminhamento de casos existentes nas comunidades e ao desenvolvimento de estratégias de prevenção” (CARREIRA, PANDJIARJIAN, 2003, p.21)

4.4 - ASPECTOS JURÍDICOS: ESTÁ TUDO NO CADERNINHO...

Questionamos as enfermeiras acerca da legislação em vigor no combate à violência contra a mulher, na tentativa de compreender se elas estão capacitadas/atualizadas sobre a lei que determina a notificação compulsória da violência contra a mulher, a Lei Maria da Penha, e possíveis locais de encaminhamentos para mulheres em situação de violência; ou seja, em última instância, investigamos se os profissionais de enfermagem, que têm a orientação como premissa básica de sua formação, estão prestando informações e esclarecimentos corretos às mulheres que atendem.

4.4.1 - Tinha uma pasta aqui que tinha a notificação de violência...

A notificação da violência foi introduzida no setor de saúde com a Lei 10.778 de 24 de novembro de 2003, e “estabelece a notificação compulsória, no território nacional, de todo caso de violência contra a mulher que for atendido em serviços de saúde públicos ou privados”, na tentativa de integração de fatores políticos, legais e culturais para que a violência contra a mulher possa ser desnaturalizada pela sociedade (BRASIL, 2003; SALIBA et al, 2007).

Entendemos a notificação como um poderoso instrumento de política pública, uma vez que ajuda a dimensionar a questão da violência, determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência e, ainda, permite o desenvolvimento de pesquisas e o conhecimento da dinâmica da violência contra a mulher; assim o ato de notificar é um elemento crucial (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Para a implementação da ficha de notificação nas unidades de saúde de Ribeirão Preto, foi realizado um workshop para os profissionais, ocasião em que todas as formas de violência contra a mulher foram discutidas e a ficha de notificação apresentada. Após, foi realizado um treinamento por regiões, onde reuniram-se representantes das unidades de cada distrito para esclarecimentos de dúvidas. Nestas oportunidades, foram entregues, aos representantes de todas as unidades, as fichas de notificação e um manual de esclarecimentos sobre a ficha de notificação e seu preenchimento.

O discurso das enfermeiras, entretanto, aponta para o fato de que parece que a capacitação perdeu-se na rotina dos serviços de saúde. Os profissionais não estão utilizando adequadamente a ficha de notificação, e nenhuma das entrevistadas tem acesso ao manual de notificação na unidade que trabalham.

— *“Olha a gente teve um treinamento recente, mas foi uma única enfermeira, e eu nunca vi esse manual”. (E2)*

— *Manual... Eu cheguei a ver lá no Santa Lúcia, aqui não ... (E3)*

Esses discursos revelam a falta de organização do processo de trabalho, uma vez que, ao que parece, os representantes das unidades que participaram dos treinamentos não repassaram as informações de forma adequada para o restante da equipe, mantendo a inoperância no dia-a-dia das unidades.

Fato que vai de encontro à literatura, que afirma que, embora a legislação brasileira seja clara quanto à obrigatoriedade de notificar, oferece pouca orientação aos profissionais sobre as noções legais do ato, e sobre a compreensão de violência doméstica e quais situações devem ser notificadas, entre outras questões (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Assim, apesar das entrevistadas relatarem saber da existência da ficha de notificação na unidade, poucas a usam; e quando o fazem, nem sempre é da forma adequada, como exemplificado nos discursos abaixo:

— *Na ficha de notificação devia ser colocada, a importância da notificação devia ser colocada, para que o pessoal soubesse exatamente o que precisa notificado, como pode atender... Eu fiz a pastinha para colocar a ficha dentro para notificar, como eu nunca fiz eu não li a ficha inteira [...]em cima dessa mesinha, tinha uma pasta aqui que tinha a notificação de violência, só que o paciente tem que fornecer uma série de dados, então eu acho que é subnotificado....Não nunca fiz.*

PS: Enfermeira se levanta e vai até a mesa procurar a pasta, e não encontra, e diz: eu montei uma pasta aqui que tinha todas as notificações e está da violência estava bem aqui, abre todas as gavetas e pastas e não encontra. Olha fui eu que fiz a pasta dela, mais nem a pasta está aqui. (E9)

— *“Bom eu tenho uma pasta lá na minha sala que tem essa ficha, então a paciente chega se ela verbalizar, se foi uma violência, se o médico achar mesmo que é eu vou chamá-la na minha sala se ela tiver condição, um local reservado e vou falar pra ela que tem uma ficha de notificação, DE INFORMAÇÃO, sobre o caso dela de violência se ela negar eu não posso fazer, mais do contrário eu vou preencher.” (E2).*

— *Tem o protocolo de violência que preenche e a notificação de violência... mais eu me lembro de ter feito uma vez só de ter ajudado a fazer uma vez só... De tudo tem a notificação, ela fica junto... É da enfermeira (responsabilidade pelo preenchimento da ficha de notificação) (E3).*

— *Dependendo do caso a gente notifica, mas só notificação para a vigilância, se for à primeira vez que ela vem a gente faz a notificação, mas só vigilância, só para constar que ela teve uma violência. (E5)*

Percebemos a falta de informação em relação ao conteúdo da ficha de notificação, sua importância, assim como a responsabilidade de todos os profissionais em relação a ela. Notamos ainda, que existe uma aparente desinformação acerca da localização desta ficha e o quão pouco ela é utilizada, uma vez que apesar das entrevistadas terem relatado atendimento de casos de violência doméstica, ninguém referiu o preenchimento da ficha.

Existem ainda, profissionais que desconhecem totalmente a ficha de notificação, ou seja, estão na dinâmica dos serviços, atendem casos de violência e desconhecem a existência desta ficha, levando-nos a nos perguntar se reconhecem esses casos.

— *...Chegou a ter, mas se perdeu. [...] chegou a ter em uma época nos tínhamos sim, mas depois se perdeu... Então não fazemos mais, não tem notificação nenhuma, não fazemos notificação nenhuma mal fazemos nossas notificações da dengue... A única coisa de notificação que os temos é o da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis das coisas que tem que ser notificadas agora de violência essas coisas não existem na nossa unidade (E1).*

Observa-se que as enfermeiras desconhecem as leis que regem os serviços de saúde, descumprindo-as e demonstrando ignorância a esse respeito.

Pelo exposto, deve-se destacar que a decisão de notificar, para as enfermeiras entrevistadas, não se prende à questão legal mas às peculiaridades de cada caso, sendo influenciada por fatores de ordem

pessoal dos profissionais, pelas especificidades do caso atendido e pela própria estrutura dos serviços (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Ainda em relação à ficha de notificação, nos chamou atenção que, ao preenchê-la, as enfermeiras sentem a necessidade de encaminhar o caso, ou seja, após descoberto, é preciso fazer algo, e o mais comum é o encaminhamento.

— *Então quando chega a gente sempre tenta preencher (notificação) junto com a assistente social, entendeu e encaminhar... Os médicos eles não estão sabendo muito da ficha, é o que eu te falo na questão da divulgação, só os clínicos porque os pediatras sabem, sabem e procuram (E4).*

— *...aqui nos temos a notificação de violência doméstica... A gente preenche uma ficha de notificação e encaminha para assistente social (E6)*

— *"Olha existe os impressos que qualquer profissional pode preencher, a gente preenche, faz muito tempo que eu não preencho [...] faz os encaminhamentos que precisavam ser dados através da assistente social, do conselho tutelar e vai para vigilância inclusive. (E8)*

Observa-se que existe um fluxo de informações previamente definido, mas que os serviços centram a operacionalização em uma única pessoa, deixando à margem os outros profissionais que adotam uma atitude descompromissada.

Fato também descrito por De Ferrante, 2008, que ao entrevistar médicos percebeu que estes profissionais recorrem ao enfermeiro, para que este profissional dê seguimento ao caso, julgando-os responsáveis pelo conhecimento dos possíveis locais de encaminhamento destas mulheres. Porém, percebemos que o profissional de enfermagem recorre ao serviço social na tentativa de encaminhamento adequado, não havendo integração entre essas equipes e seus conhecimentos, prevalecendo a falta de responsabilidade frente aos casos de violência contra a mulher.

Nestes termos, o atendimento da mulher em situação de violência, mostra-se desintegrado dentro da própria unidade, exigindo à mulher que

conte e reconte sua história à vários profissionais, aumentando sua angústia e criando a chamada “rota crítica”, ainda dentro das unidades.

O processo da Rota Crítica tem sido demonstrado por estudos internacionais e nacionais, ao descrever que pessoas em situação de violência são atingidas por dificuldades e obstáculos, caracterizados como uma rota que desenha uma trajetória de idas e vindas; círculos que fazem com que o mesmo caminho seja repetido sem resultar em soluções e, sobretudo, apontam investimento de energias e repetições que levam ao desgaste emocional e a uma nova vitimização, e neste sentido podemos afirmar a existência da rota crítica já no primeiro contato da mulher com os serviços de saúde (OPAS, 1998).

Para romper com a rota crítica, as enfermeiras são indicadas como referência para comunicação dos casos de violência doméstica dentro da unidade, mas há pontos críticos nesta comunicação.

— ... Depende de alguém avisar a gente, porque pode passar despercebido, mas a gente acaba sabendo, a gente sabe... (E3).

— *É geralmente o médico avisa a assistente social, quando não tem é a gente ele sempre passa para a gente o médico sempre procura o enfermeiro, sabe é difícil o médico que toma assim uma conduta, se ele souber, ele sempre passa (E4).*

— *[...] violência imediatamente os auxiliares ficavam sabendo e comunicavam a enfermagem para gente fazer a ficha de notificação e quando eles tinham alguma suspeita que fosse a gente mesmo, às vezes idosos, acamados (E6).*

— *Como a gente tem o acolhimento, o auxiliar de enfermagem que está ali ele já fala olha aconteceu isso [...] o médico, ou o pessoal da ambulância fala, olha cheguei a casa e encontrei essa situação (E7).*

— *[...] Ela vai ser acolhida e dependendo do caso, porque de repente ela já entra pela sala de trauma, mas ela vai ser acolhida e na consulta se isso acontecesse se ela não verbaliza para o pessoal de enfermagem, ela vai verbalizar para o profissional médico e então nós fazemos a notificação (E10.)*

Pelo exposto, percebemos que existem muitos elos fracos no caminho da notificação da violência, uma vez que alguns profissionais entendem que este ato seja função das enfermeiras; porém, elas admitem que para que os casos que chegam até elas, outro profissional precisa avisá-las; normalmente os médicos que, segundo elas, não estão sensibilizados com os casos.

Dessa maneira, percebemos que há lacunas no manejo dos casos de violência, o que se reflete na sub-notificação dos casos e na falta de registros nos prontuários das usuárias dos serviços de saúde. Fato que foi identificado por Santos, 2003, em estudo, cuja fonte, foi o registro de violência às mulheres entre usuárias de serviços de saúde de um distrito de saúde de Ribeirão Preto, em que encontrou 3,3% de registros sobre violência. Em contraste, na mesma população, Marinheiro, 2004, encontrou uma prevalência de 45,3% de violência geral contra a mulher, em estudo tipo survey, em que as mulheres eram as consultadas do formulário de pesquisa. Essa diferença evidencia que apenas pequena parcela das usuárias se identifica ou é identificada pelo serviço como vivendo em situação de violência (MARINHEIRO, 2004).

Essa situação confirma, mais uma vez, a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, visando a identificação, notificação e manejo adequado nos casos de violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo.

4.4.2 - Lei Maria da Penha? É o nome de uma pessoa?

A Lei nº. 11.340, conhecida como “Lei Maria da Penha”, promulgada em 2006, representa um marco nas discussões da violência contra a mulher, por apresentar vários avanços, quando comparada à Lei 9099/1995. Teve grande repercussão na mídia, principalmente pelo artigo 44, que estipula como pena para o agressor, detenção de três meses a

três anos em casos de violência contra a mulher (LIMA; BUCHELE; CLÍMACO, 2008).

Eis que, apesar do avanço representado pela lei e de sua repercussão na mídia, percebemos que as enfermeiras desconhecem a Lei Maria da Penha e seu conteúdo, como exposto nos seguintes discursos:

— *Que lei é essa? Agora fiquei curioso, Lei Maria da Penha, mas o que é essa lei? Chama Lei da Maria da penha? [...] do que ela fala?...Eu estou aqui pensando violência, sequelada, mídia, penalidades. Até chegar aqui quanto tempo demora? Qual o percurso? Porque a gente sabe de coisas que tem que não funcionam, será que vai funcionar? (E1).*

— *Maria da Penha... Esse nome não me é estranho, é lei municipal?Não lembro. Não sei! (E9).*

— *É o nome de uma pessoa? Estou te falando que não tenho tempo de nada nem de ver televisão, não sabia não! Então você está vendo eu mesmo não estou sabendo, agora como que faço para orientar (E11).*

Observa-se um total desconhecimento acerca dos aspectos jurídicos que visam combater a violência contra a mulher, mostrando o alheamento das enfermeiras em relação a fatos atuais, que interferem em seu processo de trabalho.

Mesmo entre as enfermeiras que referiram conhecer a lei, demonstraram não ter compreendido totalmente os ganhos trazidos por essa legislação.

— *É uma lei que veio agora, para tentar conseguir dar andamento nesses processos que às vezes não iam para frente. É uma lei que protege mais a mulher, mas eu achava que com essa lei o processo correria de qualquer forma independente de a mulher denunciar ou não... Eu acho que faz falta... Porque independeria da mulher se expor e denunciar o homem, o marido o companheiro não dependeria de ela denunciar, se a família ou alguém denunciasse... (E3).*

— *Já ouvi falar e acho que isso tem assustado bastante, acaba ai interditando de alguma forma, porque eles acabam temendo um pouquinho... Vou parar porque vou parar atrás das grades... Acho que ela intimidou um pouco, mas não trabalhou a base,*

eu acho que não adianta você fazer uma lei assim, sem um trabalho educativo... Se não tiver um processo de construção, compartilhado, em relação a isso e um processo de conscientização, não só de punição não sei ainda, ela acabou intimidando, mas... (E10).

Mesmo aquelas enfermeiras que demonstraram ter conhecimento acerca da lei, não a reconhecem como instrumento legal para controle da violência contra a mulher.

Tivemos ainda profissionais que disseram já ter ouvido falar à respeito da lei, porém, notamos que estes não conheciam seu conteúdo, quais as mudanças jurídicas propostas, ou como ela pode mudar o desfecho de um caso de violência doméstica contra a mulher; enfim, não tinham informações suficientes para orientar uma mulher em situação de violência.

— Então é uma lei bastante abrangente que trata dessa questão da violência à mulher, o que eu entendi dessa lei é a notificação de violência à mulher. (E2, UBDS Vila Virginia)

— ...eu já ouvi falar, mas na íntegra se fosse para eu te descrever eu não sei, mas eu já ouvi falar na lei Maria da Penha, mas você pode me resumir?...Eu ouvi não faz muito tempo, eu até li em um artigo, mas assim agora... (silêncio) tem alguma coisa haver com a denúncia, que a mulher tem que denunciar os casos de agressão é isso?...É também que o homem pode ser preso se ele agredir a mulher (E4).

— Eu ouvi falar alguma coisa de mídia, que seria uma lei que estaria agilizando os processos de atendimento para não se ter essa demora que tem... Isso que eu ouvi falar, não foi muita coisa não (E5).

— 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... Assim a grosso modo (E7).

Dessa maneira, notamos o alheamento das enfermeiras entrevistadas sobre os mecanismos criados para coibir a violência, além da descrença de que esses mecanismos possam vir a funcionar; fato que deve ser considerado, pois se esses mecanismos não forem devidamente

entendidos pelos profissionais de saúde, eles continuarão a tratar o tema da violência como uma espécie de *Caixa de Pandora*, como citado por D'Oliveira (1996, p.56), evitando investigar os supostos casos por não saberem, ou não terem segurança para lidar com os casos.

4.4.3 - Delegacia da mulher? Ela ainda existe?

Outro aspecto, acerca dos mecanismos propostos para o enfrentamento da violência. Observamos que as enfermeiras entrevistadas desconhecem a localização da Delegacia da Mulher. Esse fato confirma a alienação das entrevistadas, visto que a delegacia funciona na cidade desde 1990, tendo a responsabilidade pelo atendimento e apuração de crimes praticados contra as mulheres vítimas de violência e, quando necessário, encaminha aos órgãos competentes um serviço judiciário de fundamental importância no atendimento dos casos de violência contra a mulher.

Esse desconhecimento compromete o atendimento das mulheres em situação de violência que procuram os serviços de saúde na tentativa de terem seus problemas resolvidos. Isto é reforçado por Carreira & Pandjarian (2003), que afirma que o serviço de saúde é a porta de entrada desses casos, inclusive para o sistema judiciário; e assim os profissionais de saúde devem conhecer os serviços disponíveis para o atendimento dessas mulheres para o adequado seguimento do caso.

Entretanto, no caso das enfermeiras entrevistadas, percebemos que elas não estão informadas sobre o assunto, como demonstrado pelos seguintes discursos:

— *Eu lembro que ficava na Independência, não sei se ainda é lá. Mas não foi porque ninguém me falou, é porque eu passava e via! Via um pouco de guarda feminina tanto municipal quanto militar [...] não sei agora o endereço certo de onde é, parece que é na independência ainda não tenho certeza (E1).*

— (DDM) não o endereço não, tem só o telefone na agendinha, mas assim faz três anos que estou aqui e só atendi duas mulheres então eu vou lá e ligo então à pessoa me passa o endereço... Eu pego o endereço dou na mão dela e fica a critério dela ir ou não (E2).

— Eu sabia... Fica na avenida independência?... Mas não sei não, a gente precisa anotar, a gente precisaria melhorar isso, realmente a coisa está assim bem solta, sabe não tem aquela coisa que você pega uma pastinha de violência e deixa ali um impresso os endereços (E4).

— Não nunca precisei! [...] já me esqueci do endereço, porque a gente sempre tem anotado em algum, na agenda em algum lugar, mas assim de cor eu não sei te falar (E6).

— Não, não sei, apesar de que provavelmente tem no PABX (E8).

— Tem tudo aqui no caderninho. Eu preciso olhar no caderninho, mas está aqui, tem aqui essa pastinha que a gente fez no plantão de fim de semana que contempla tudo isso e até os equipamentos sociais do município então eu acabo disponibilizando isso que tem tudo, está vendo, os equipamentos que eu posso estar utilizando, está vendo a gente não sabe tudo de cor, mas tem onde estar buscando. O que é bem importante. (E10)

— Ela ainda existe? É na Independência, não é? A gente comunica mais por telefone. Local, não sei [...] É tem que mudar o endereço na agenda. E a gente não sabe mesmo e elas também (as usuárias) não sabem. (E11)

Apenas uma entrevistada soube dizer a localização da Delegacia Especial de Atendimento a Mulher, pois o endereço citado pela maioria das entrevistadas tratava-se de um posto policial; e a falta de informação e conhecimento técnico das enfermeiras dificultam ações adequadas em relação às usuárias.

Isso pode ser observado porque, apesar de desconhecer a existência e o endereço da delegacia de atendimento às mulheres, este foi o local mais citado pelas entrevistadas para o encaminhamento das mulheres em situação de violência.

— Geralmente é para a delegacia da mulher que a gente encaminha os casos, não sei se tem mais alguma coisa, não fiquei sabendo (E5).

— Não, não sei, o que a gente encaminha normalmente é para a delegacia da mulher, que eu saiba para fazer o boletim, mas não sei se tem algum apoio, existe isso aqui em Ribeirão Preto? É porque eu não conheço assim nenhum núcleo que faça esse acompanhamento da mulher violentada (E6).

Assim mais uma vez notamos o despreparo dos enfermeiros para dar seguimento aos casos de violência contra a mulher.

Outro local citado pelos enfermeiros foi o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, serviço terciário especializado em atender casos de violência sexual, e as enfermeiras sentem-se seguras, por saberem como dar andamento ao caso, visto que todos os casos são encaminhados diretamente à Unidade de Emergências do Hospital das Clínicas.

— Então o local que a gente sabe é o hospital das clínicas, geralmente, porque a gente trabalha mais com a violência sexual, e se a paciente foi vítima de alguma coisa precisa iniciar o coquetel de prevenção... Essas coisas (E4).

Entretanto, desconhecendo totalmente a rede de apoio a casos de violência contra a mulher, as enfermeiras, em sua maioria, referiram encaminhamentos para casas de abrigos, serviço não disponibilizado na cidade.

— Não, são esses lugares mesmo que a gente orienta (DDM, abrigos, HC) (E2).

— Sei que tem casas de abrigo, mas não sei dizer especificamente onde fica e nos casos de menor de idade tem agora de uma mulher adulta não... Eu sei que existe, mas não sei onde é (E7).

Apesar do despreparo da maioria das enfermeiras entrevistadas, percebe-se que algumas delas vislumbram caminhos para que os casos tenham um seguimento adequado; ou seja, ocorrem tentativas de

articulação no atendimento para que a família possa ser seguida de uma forma integral, com abordagem multidisciplinar.

— É a gente sempre faz a discussão junto com a assistente social porque ela tem as relações das ONGs, das associações, o conselho tutelar, ela tem contato ela participa de reuniões normalmente. É a primeira pessoa que a gente faz a discussão (E8).

Diante dessa fala, sentimos que, apesar da falta de conhecimento, do despreparo dos enfermeiros para lidarem com os casos de violência, existe sensibilização, e assim acreditamos que se houver uma correta capacitação desses profissionais e se os recursos estiverem disponíveis e forem do seu conhecimento, os casos de mulheres em situação de violência poderão ter seu desfecho de uma maneira mais adequada.

Não basta apenas criar os mecanismos para coibir os casos de violência; esses devem ser de conhecimento de todos os profissionais que atuam no caso, e todos devem saber usá-los de forma adequada.

4.5 - FORMAÇÃO - SE FOI, FOI UMA AULA BEM SUPERFICIAL...

Diante da falta de conhecimento dos enfermeiros sobre o tema, nos questionamos o porquê que isso ocorre, e buscamos identificar como se deu a formação desses profissionais acerca da violência doméstica. Os discursos das enfermeiras coincidem com a literatura, que mostra que os currículos de graduação, das diversas áreas de saúde, não tratam do tema da violência contra a mulher; assim, os profissionais não dispõem de informações básicas que permitam manejá-las com um mínimo de apuro (SALIBA et al, 2007, GONÇALVES; FERREIRA, 2002, MÉNDEZ-HERNÁNDEZ et al.,2003).

A pequena parcela dos entrevistados, que referiram informações sobre violência contra a mulher em sua graduação, julgam a sua formação

como superficial e incompleta, não servindo como subsídio para a atuação profissional.

— *Que eu me lembro não... Talvez eu tenha visto alguma coisa na psiquiatria, eu vi alguma coisa, mas voltado para a sociopatia, comportamento... Alguns transtornos de personalidade (E1).*

— *Olha se foi, foi uma aula só, bem superficial (E2).*

— *A nossa formação nesse sentido é muito pobre... (E9).*

Porém, a maioria dos entrevistados, relatou que sequer tiveram o assunto abordado em sua graduação e, como tivemos profissionais com diferentes tempos de formação, notamos ser este uma lacuna crônica dos currículos de graduação.

— *Muito pouco... Na minha formação não teve, lá parecia que era alguma coisa totalmente distante (E4).*

— *Nem passado perto, na verdade acaba sendo suprimido (E10).*

A formação inadequada em relação à violência contra a mulher das enfermeiras entrevistadas pode ter dificultado sua compreensão da temática, do manejo, e mantém preconceitos acerca desta condição. Estudo realizado no México mostrou que os profissionais de saúde que receberam capacitação tiveram atitudes mais favoráveis frente à mulher em situação de violência, comparadas àqueles que não receberam capacitação (MÉNDEZ-HERNÁNDEZ et al, 2003).

A necessidade de capacitação sobre o tema da violência doméstica foi levantada pela unanimidade dos entrevistados, que relatam ser necessária a implementação de treinamentos, para a melhor abordagem do tema.

— *Eu acho isso bem gritante na sociedade, de forma que se a gente conseguir obter informações corretas, daremos um atendimento correto (E2).*

— *Eu acho, porque quando fui ao último treinamento eu fiquei... Eu achei excelente, te dá essa noção que a violência realmente acontece e não está distante da gente (E4).*

— *Com certeza é muito importante [...] Para poder mesmo dar um estrutura e você saber como vai lidar com isso (E5).*

Concluimos, então, que, todas as intervenções que buscam um adequado manejo dos casos de mulheres em situação de violência, devem ter como requisito indispensável a capacitação dos profissionais de saúde, para que estes possam criar um conceito sólido e claro com relação ao papel que exercem na identificação, registro, prevenção e atenção dos casos de violência doméstica contra as mulheres (MENDEZ-HERNANDEZ, 2003).129149

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

As enfermeiras percebem que houve uma mudança no papel da mulher na sociedade contemporânea; porém, mantém elas uma visão distorcida de gênero, pois apresentam um discurso onde resplandece a visão que homens e mulheres têm características diferentes, e cada um tem seu papel fixo. Em contraponto, relatam que as mulheres assumiram algumas tarefas antes tidas como “coisas de homem”, porém, não deixaram as funções que continuam sendo atribuídas como “coisas de mulher”, gerando uma sobrecarga física e emocional.

Essa visão foi formada, provavelmente, pelo fato dessas mulheres serem de uma geração que viveu a transição de modelos; assim foram ensinadas por pais tradicionalistas e viveram a revolução feminista e a defesa dos direitos das mulheres; assim criaram uma visão cheia de contrapontos, mesclando idéias conservadoras e contemporâneas.

Quando essas profissionais atendem mulheres em situação de violência levam toda essa bagagem e assim, muitas vezes, agem de forma preconceituosa, baseadas em sua visão conservadora de gênero, sendo que esta visão serviu como pano de fundo para todos os discursos apresentados.

Ao nosso ver, essa conduta dos profissionais de saúde, muitas vezes, aumenta a dependência da mulher ao relacionamento violento, e limita as possibilidades de ajuda, uma vez que, a mulher em situação de violência ao se deparar com o preconceito dos profissionais de saúde, julga que o melhor é se recolher em seu ambiente privado, com seus sofrimentos e frustrações..

As enfermeiras entrevistadas, muitas vezes, naturalizaram a violência doméstica perpetrada por parceiros íntimos, legitimando essa forma de violência baseando-se na visão tradicionalista, onde o homem comanda e a mulher obedece.

Assim, consideram que as mulheres em situação de violência, são pessoas submissas e dependentes financeira e emocionalmente de seus parceiros, e continuam nessas relações pelo medo, vergonha e falta de apoio social; para as enfermeiras entrevistadas, abandonar essa relação significa, muitas vezes, se privar de condições de subsistência própria e dos filhos; então, as mulheres permanecem nas relações violentas, por não verem outra possibilidade de vida.

Elas associam a violência doméstica a aspectos relacionados a individualidade dos casais, aspectos externos relacionados ao estilo de vida imposto pela sociedade moderna, e por fim ao uso de álcool e drogas. Ao atribuir a violência a fatores individuais, ao ciúme, ao desemprego e ao uso de álcool e drogas, por exemplo, essas profissionais mostram uma ausência de responsabilidade frente aos casos, uma vez que, ao inferir fatores para a violência, acabam por não se comprometerem e, assim, deixam de interferir na situação, o que gera dificuldades para o direcionamento de ações preventivas.

As enfermeiras mostraram conhecimento dos tipos de violência; porém, reconhecem com mais facilidade a violência física, pelas marcas evidentes deixadas no corpo da mulher. A violência psicológica, apesar de bastante citada, segundo as entrevistadas, necessita de vínculo para ser relatada e assim, apesar de algumas vezes os profissionais desconfiarem de sua existência, só abordam o assunto caso a mulher relate, mostrando um distanciamento dessas questões; e dessa forma, não interferem se a mulher não falar.

Elas consideram, ainda, que a violência doméstica seja gradativa, inicia-se com pequenas discussões e pode terminar em homicídios; porém, admitem que discussões entre casais são socialmente aceitas e, portanto, consideram as interferências nestas situações desnecessárias.

Apesar de referirem-se à violência como um problema de alta magnitude, não reconhecem que esses casos estão nos serviços de saúde. Essa invisibilidade foi entendida por nós como uma forma de defesa dos

profissionais; eles se distanciam para evitarem frustrações frente ao problema com o qual não se sentem preparados para lidar.

Como se sentem despreparados para lidar com a complexidade da questão, privilegiam o atendimento clínico focado nas lesões, onde prevalece a desarticulação das diferentes áreas do conhecimento.

As enfermeiras entrevistadas mostraram ainda um desconhecimento dos meios legais que visam dar maior visibilidade à violência contra a mulher e promover um melhor manejo dos casos.

Notamos que, para uma melhor abordagem do tema, é de crucial importância a formação dos profissionais que estão na porta de entrada do sistema. É preciso olhar as dificuldades desses profissionais e sanar o sofrimento que sentem ao lidar com questões de violência, para que se sintam preparados e seguros para manejarem esses casos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA, F.; BARKER, G. **Homens, violência de gênero e saúde sexual e reprodutiva**: um estudo sobre homens no Rio de Janeiro / Brasil. Rio de Janeiro : Instituto Promundo/ Instituto Noos, 2003.

ANGULO-TUESTA. **Gênero e violência no âmbito doméstico**: a perspectiva dos profissionais de saúde. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.

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

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

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

BRANDÃO, E. R. Violência conjugal e o recurso feminino à polícia. In: BRUSCHINI, C.; HOLLANDA, H. B. (Orgs.). **Horizontes plurais**: novos estudos de gênero no Brasil. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1998. p. 51-84.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

BRASIL. Lei nº 8.842 de 4 de Janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 jan.1994. p. 77.

BRASIL. Lei nº 9099 de 26 de Setembro de 1995. Dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 set.1995. p.15033.

BRASIL. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Ministério da Justiça. **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência**: orientações para pediatras e demais profissionais que trabalham com crianças e adolescentes. 2. ed. Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL. Lei nº 10.406 de 10 de Janeiro de 2002a. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jan. 2002a. p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da assistência a saúde. **Notificação de maus tratos a crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde, um passo a mais na cidadania em saúde**. Brasília, DF, 2002b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 167).

BRASIL. Lei nº 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 de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 nov. 2003. p.11.

BRASIL. Presidência da Republica. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. **Plano nacional de políticas para as mulheres**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos – Série: Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 6).

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. **Enfrentando a violência contra a mulher**: orientações práticas para profissionais e voluntários. Brasília: Secretaria Especial de políticas para mulheres, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos uma prioridade do governo**. Brasília – DF, 2005c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos - Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 1).

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a mulher altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e da outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 8 ago. 2006a. p.1.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde - Série Direitos Sexuais e Reprodutivos, cad. Nº 2).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de atendimento à mulher vítima de violência sexual. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/mulher/norvtol.html>, acesso em 18/10/2009.

BONIFAZ, R. G. V.; NAKANO, A. M. S. La violencia intrafamiliar em la pareja, desde la perspectiva de la mujer maltratada. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, p. 433-438, mar./abr. 2004.

CAMARGO, M.; AQUINO, S. Redes de cidadania e parcerias: enfrentando a rota crítica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. **Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher – Plano Nacional**: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas. Brasília: A Secretaria, 2003. p. 68.

CAMPOS, C. H. **Justiça consensual e violência doméstica**: textos bem ditos. Porto Alegre: Themis, 2002.

CAMPOS, C. H. Violência doméstica no espaço da lei. In: BRUSCHINI, C.; PINTO, C. R. (Orgs.). **Tempos e lugares de gênero**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas: Ed. 34, 2001.

CAPRA, F. **O oonto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 2006.

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.

CASIQUE, L. C.; FUREGATO, A. R. F. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n. 6, 2006.

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

DAY, V. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, p. 9-21, abr. 2003. Suplemento 1.

Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as mulheres, **Resolução da Assembléia Geral das Nações Unidas**, Resolução nº 48/104 dezembro de 1993. Resolução aprovada pela assembléia geral. ONU [sob proposta da Terceira Comissão (A/48/629)] 85ª sessão plenária 20 de dezembro de 1993.

FERRANTE, F. G. de. **Violência contra a mulher: A percepção dos médicos das Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto**, 2008. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

DESLANDES, S. F. Atenção às crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, p. 177-187, 1994. Suplemento.

DESLANDES, S. F; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.129-137, jan./mar. 2000.

DESLANDES, S. F. **Frágeis deuses**: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da Vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

D'OLIVEIRA, A. F. P. **Gênero e violência nas práticas de saúde**: contribuição ao estudo da atenção integral à saúde da mulher. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

D'OLIVEIRA, A. F. P. **Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços em atenção primária**. 2000. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 299-310, 2009.

ELLIOT, L.; NERNEY, M.; JONES, T.; FRIEDMANN, P. Barriers to screening for domestic violence. **J. Gen. Intern. Med.**, v. 17, p. 112-116, 2002.

FERNANDES, E. Cada mulher brasileira, uma cidadã. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. **Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher** – Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas. Brasília: A Secretaria, 2003. p. 68.

FERREIRA, K. M. M. Violência doméstica / intrafamiliar contra crianças e adolescentes - nossa realidade. In: SILVA, L. P. S. (Org.). **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Recife: EDUPE, 2002. 240p.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p.17-27, 2008.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**: como vivem e o que pensam os brasileiros no início do século XXI – Síntese dos resultados. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2001.

FUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 965-971, 2007.

GARCIA-MORENO, 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**: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization, 2005.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p. 357-363, abr./ jun. 2005.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 315-319, jan./fev. 2002.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 4. ed. Petrópolis - RJ: vozes, 1995.

HEISE, L. Gender-based Abuse: The Global Epidemic. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, p.135-145, 1994. Suplemento 1.

HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. **Violência contra la mujer**: carga de salud oculta. Washington, D.C.: Banco Mundial, 1998.

HERRERA, C.; AGOFF, C. Dilemas Del personal médico ante la violencia de pareja em México. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.11, p. 2349-2357, nov. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2000**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 30 maio 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais, 2009**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 09 out. 2009.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 485-501, set./dez. 2007.

LAMBERG, L. Domestic violence: what to ask, what to do. **JAMA**, v. 284, n. 5, p. 554-556, 2000.

LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J. M. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: "o olhar" da enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p. 419-431, 2005.

LIMA, D. C.; BUCHELE, F.; CLÍMACO, D. A. Homens, gênero e violência contra a mulher. **Saúde Social**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 69-81, 2008.

MARINHEIRO, A. L. V.; VIEIRA, E. M.; SOUZA, L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 604-610, 2006.

MARINHEIRO, A. L. V. **Violência doméstica**: prevalência entre mulheres usuárias de um serviço de saúde de Ribeirão Preto – SP. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MASSUNO, E. Delegacia de defesa da mulher: uma resposta à violência de gênero. In: BLAY, E. (Org.). **Igualdade de oportunidade para as mulheres**. São Paulo: Humanitas, 2002. p. 25-55.

MAYKUT, P.; MOREHOUSE, R. **Beginning qualitative research: a philosophic and practical guide**. London: Falmer Press, 1994.

MEDEIROS, M. C. Unidos contra a violência. In: CASTILLO-MARTÍN, M.; OLIVEIRA, S. **Marcadas a ferro**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. p.100–103.

MEDRADO, B.; LYRA, J. Nos homens, a violência de gênero. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. **Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher** – Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas. Brasília: A Secretaria, 2003. 68p.

MEDRADO, B.; MORAES, M.; PEDROSA, C.; ALBUQUERQUE, A. **Reverendo a militarização da masculinidade**: análises preliminares. Aracaju: Instituto PAPAI/UFPE, 2002. (Trabalho apresentado do XI Encontro da Rede Norte e Nordeste de estudos e pesquisas sobre mulher e relações de gênero).

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002, 92p.

MENDEZ-HERNÁNDEZ, P. et al. Violencia contra La mujer: conocimiento y actitud Del personal médico del instituto mexicano del seguro social, Morelos, México. **Salud Pública de México**, v. 45, n. 6, p. 472-482, nov./ dez. 2003.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 25. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007a.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p.1259-1267, 2007b. Suplemento 1.

MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 783-791, 2003.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 07-18, 1994. Suplemento 1.

MINAYO, M. C. S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p. 646, 647, maio/jun. 2004.

MONTEIRO, C. F. S.; SOUZA, I. E. M. Vivências da violência conjugal: fatos do cotidiano. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n.1, p. 26-31, jan./mar. 2007.

MORGADO, R. (Org.). Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 340p.

NAKANO, A. M. S. **As vivências da amamentação para um grupo de mulheres**: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. Tese (Livre - docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - SP, 2003.

NOGUEIRA, C. Feminismo e discurso do gênero na psicologia social. **Psicologia e Sociedade**, p.107-128, 2001.

OLIVEIRA, C. C.; FONSECA, R. M. G. S. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo v. 41, n. 4, p. 605-612, 2007.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Resolución XIX**: violencia y salud. Washington, DC: Opas. (Mimeo.)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Protocolo de Investigación**: la ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar. Washington, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002

PEDROSA, C. M. **Mulheres em situação de violência**: o discurso dos profissionais de saúde. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

PEREIRA, W. R. **Poder, violência e dominação simbólicos em um serviço público de saúde que atende a mulheres em situação de gestação, parto e puerpério**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

RAMSAY, J. et al. Should health professionals screen women for domestic violence: systematic review. **British Medical Journal**, v. 325, p. 314-326, 2002.

RIQUINHO, D. L.; CORREIA, S. G. O papel dos profissionais de saúde em casos de violência doméstica: um relato de experiência. **Revista Gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, jun. 2006.

ROCHA-COUTINHO, M. L. Dos contos de fadas aos super heróis: Mulheres e homens brasileiros reconfiguram identidades. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, 2000.

ROCHA-COUTINHO, M. L. Novas opções, antigos dilemas: mulher, família, carreira e relacionamento no Brasil. **Temas em Psicologia da Sociedade Brasileira de São Paulo**, São Paulo, v.12, n.1, p. 2-17, 2004.

RODRIGUES-BOLANOS, R. A.; MÁRQUEZ-SERRANO, M.; KAGEYAMA-ESCOBAR, M. L. Violência de gênero: actitud y conocimiento del personal de salud de nicarágua. **Salud Pública de México**, v. 47, n. 2, mar./abr. 2005.

RODRIGUEZ, M. A. et al. The factors associated with disclosure of intimate partner abuse to clinicians. **Journal Fam. Pract.**, v. 50, p. 338-44, 2001.

ROSA, A. G. et al. A violência conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem autor da violência. **Saúde e Sociedade**, v.17, n.3, p. 152-160, jul-set. 2008.

RUCHERT, T. R. et al. Assistência em unidades básicas de saúde às vítimas de violência na concepção de enfermeiras. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.7, n.2, p. 180-186, abr./jun.2008.

SAFFIOTI, H. **A publicização da violência**. 1997. Disponível em: <[HTTP://server.cfch.br/jorpesq/violenc/saffioti.html](http://server.cfch.br/jorpesq/violenc/saffioti.html)>. Acesso em: 28 maio 2008.

SAFFIOTI, H. A. Síndrome do pequeno poder. In: AZEVEDO, M. A.; AZEVEDO, V. N. (Orgs.). **Crianças vitimizadas**: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu, 1989. p.13-21.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriacardo e violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SAFFIOTI, H. I. B. Violência doméstica: questão de polícia e da sociedade. In: CORRÊA, M. (Org.). **Gênero e cidadania**. Campinas-SP: Núcleo de Estudos de Gênero – Pagu/Unicamp, 2002.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 472-477, 2007.

SANTOS, L. L. **A visibilidade da violência de gênero em dois serviços de assistência primária à saúde**. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SANTOS, M. F. S.; OLIVEIRA, L. A família ideal sé em fotografia? Representações sociais de família e violência. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE PSICOLOGIA SOCIAL E DO DESENVOLVIMENTO; ENCONTRO NACIONAL PROCAD-PSICOLOGIA/CAPES, v.10. 2005. Anais, 2005. **Violência e Desenvolvimento Humano: Textos Completos, 2005**.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência contra a mulher: interfaces com a saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu- SP, v. 3, n. 5, p.11-28, 1999.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRAÇA-JUNIOR, I.; PINHO, A. A. Violência contra a mulher: estudo em unidade de atenção primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-7, 2002.

SCHARAIBER, L. B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 797-807, 2007.

SCHARAIBER, L.B., et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n.3, p. 359-367, 2007.

SCHARAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40 (special issue), aug. 2006

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO 2008 Disponível em: <www.ribeiraopreto.sp.gov.br>. Acesso em: 20 nov. 2008.

SILVA, I. V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, p. S263-S272, 2003.

SOBRINHO, C. L. N.; NASCIMENTO, M. A.; CARVALHO, F. M. Transformações no trabalho médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 129-135, maio/ago. 2005.

SPINK, J. M. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

SUGG, N.; INUI, T. Primary care physicians response to domestic violence: opening Pandora's box. **JAMA**, v. 267, p. 3157-60, 1992.

TAQUETTE, S. R. (Org.) **Violência contra a mulher adolescente-jovem**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007. 200p.

VIEIRA, E. M. et al. **A interface entre a ocorrência e o atendimento de violência de gênero entre mulheres usuárias dos serviços de saúde da rede pública de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2005. (Projeto de Pesquisa).

VIEIRA, L. J. E. S. et al. Fatores de risco para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 113-125, jul./-set. 2008.

VILLELA, W. V.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofrem violência sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 471-475, fev. 2007.

WAGNER, A. et al. 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-Ago. 2005

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence against women: a priority health issue**. Geneva, 1997. (Womens' Health and Development).

ZILBERMAN, M. L.; BLUME, S. B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, p. 51-55, 2005. Suplemento 2.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido.

(De acordo com a resolução nº196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde – Brasília – DF)

Meu nome é Daniela Daltoso graduada em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, aluna do mestrado pela mesma escola. Estou realizando uma pesquisa intitulada: “Violência Contra a Mulher: a percepção dos enfermeiros das Unidades Distritais de Saúde da cidade de Ribeirão Preto”. Orientada pela Prof^a Dr^a Ana Maria de Almeida. Meu objetivo nesta pesquisa é verificar a percepção dos enfermeiros das unidades de saúde sobre a violência contra a mulher e suas implicações. Sua colaboração será participar de uma entrevista semi-estruturada através da qual falaremos sobre a questão da violência cometida contra as mulheres por parceiros íntimos que buscam as unidades de saúde. A entrevista se dará de forma individualizada, em local seguro e privado para preservar a integridade do participante; ocorrerá após um contato inicial com a pesquisadora.

Durante a entrevista abordaremos assuntos pessoais podendo aparecer sentimentos e lembranças, por este motivo você poderá interromper a entrevista em qualquer momento e estarei a sua disposição. Após seu relato, disponibilizarei o material a você caso deseje modificar algo ou desistir da pesquisa. É importante esclarecer que em hipótese alguma sua identidade será revelada, porque utilizarei os relatos na pesquisa, publicarei e arquivarei os depoimentos tomando os devidos cuidados para que todas as pessoas citadas não sejam identificadas.

Para que eu possa realizar esta pesquisa, preciso que você assine este documento mostrando a sua livre e espontânea decisão de participar de tal estudo. Depois de assinado este documento você tem o direito de desistir da entrevista ou não responder a algumas perguntas sem explicitar seus motivos para a desistência.

Caso tenha qualquer dúvida sobre o estudo, estarei disponível para saná-las pelo telefone (16) 91835741.

Este termo será assinado por mim e por você sendo que cada um de nós ficará com uma via.

Eu (nome do entrevistado) _____ RG: _____, declaro estar devidamente informado sobre minha participação na pesquisa intitulada “Violência Contra a Mulher: a percepção dos enfermeiros das Unidades Distritais de Saúde da cidade de Ribeirão Preto”. Após minhas dúvidas terem sido devidamente esclarecidas pela pesquisadora, declaro que estou de acordo em participar desta pesquisa sobre a responsabilidade da Enfermeira Daniela Daltoso. Minha participação é livre e espontânea conforme foi exposto no termo de consentimento e sei que poderei interromper a pesquisa a qualquer momento, desistindo de participar, permito a divulgação dos resultados estando ciente que a minha identidade será mantida em sigilo.

Ribeirão Preto, _____ de _____, de _____

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do pesquisador: _____

APÊNDICE B - Roteiro da entrevista.

Data: __/__/__

Nº da entrevista: __

Hora início:

Hora término:

1. 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

a. Graduação:

b. Há quanto tempo:

c. Você tem algum curso de especialização ou residência, qual?

d. Há quanto tempo você trabalha na SMS?

e. Em que área você trabalha?

f. Quais são as atividades que desenvolve nesta unidade?

III. Percepção das relações de gênero

a. Você acha que as mulheres têm as mesmas funções e deveres que tinham há alguns anos atrás?

b. Como você vê o papel das mulheres dentro da família atualmente?

c. Atualmente tem se falado em liberdade e independência sexual tanto para homens como para mulheres, o que você pensa a respeito disso, considerando a busca do prazer sexual pela mulher?

IV. Percepção sobre a violência doméstica?

a. Na sua opinião, o que leva as pessoas (casal) a brigarem?

b. O que pode tornar difícil uma relação?

c. Quais os tipos de violência doméstica você conhece?

d. Quais tipos você acha mais grave? Por quê?

- e. 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

- a. Você já atendeu nessa unidade alguma mulher em situação de violência?
- b. Em que situações elas procuram os serviços?
- c. Você já atendeu alguma mulher que tenha suscitado ter sofrido violência?
- d. Quais os aspectos que o levaram a pensar que se tratava de um caso de violência doméstica?
- e. Qual foi o procedimento adotado diante do caso? (explorar acolhimento, encaminhamento, notificação)
- f. Quais as dificuldades que você já enfrentou atendendo essas situações?
- g. Você tem algum recurso de que lança mão no atendimento?
- h. Como você se sente ao lidar com situações de violência doméstica?
- i. O que você acha que os enfermeiros podem ou devem fazer em casos de violência, ou quando suspeitam?
- j. Na sua opinião, como deveria ser um serviço de saúde ideal para enfrentar esse problema? Com relação à identificação, ao tratamento e à prevenção?
- k. Durante sua formação profissional, alguma vez foi abordada a questão da violência doméstica contra a mulher?
- l. Você acha necessário ser desenvolvido algum tipo de treinamento para os profissionais de saúde lidarem com a questão da violência doméstica?

VI. Conhecimentos Jurídicos

- a. Você conhece a lei Maria da Penha?
- b. Esta unidade possui ficha de notificação?
- c. Você conhece o manual de notificação?
- d. Você sabe onde fica a Delegacia da mulher (DDM)?
- e. Você sabe para quais locais encaminhar uma mulher em situação de violência doméstica?

ANEXO

Comitê de Ética em Pesquisa HCFMRP/USP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br

Ribeirão Preto, 25 de abril de 2007

Ofício nº 1357/2007
CEP/MGV

Prezada Professora,

O trabalho intitulado **“OCORRÊNCIA E ATENDIMENTO DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO ENTRE MULHERES USUÁRIAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA REDE PÚBLICA DE RIBEIRÃO PRETO”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 245ª Reunião Ordinária realizada em 23/04/2007, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 1285/2007.

Atenciosamente.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
PROFª DRª ELISABETH MELONI VIEIRA
Depto. de Medicina Social