

Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde*

VIOLENCE AGAINST WOMEN: VISIBILITY OF THE PROBLEM ACCORDING TO THE HEALTH TEAM

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: LA VISIBILIDAD DEL PROBLEMA PARA UN GRUPO DE PROFESIONALES DE SALUD

Angelina Lettiere¹, Ana Márcia Spanó Nakano², Daniela Taysa Rodrigues³

RESUMO

A identificação de mulheres em situação de violência é de extrema importância. Entretanto, o setor saúde nem sempre vem oferecendo uma resposta satisfatória para o problema. Buscamos identificar como os profissionais de saúde de uma maternidade percebem e atuam frente situação de violência. Constitui-se uma pesquisa qualitativa, sendo os dados coletados através de entrevistas semi-estruturadas e analisados pela modalidade temática. O grupo de estudo foi composto por 12 profissionais de saúde de uma maternidade filantrópica de Ribeirão Preto. Observou-se que os profissionais de saúde caracterizaram a violência contra a mulher como um problema sério e importante na sociedade, tendo como causa e consequência a desigualdade de gênero. No entanto, na prática profissional há uma abordagem reducionista e biologicista com fragmentação da atenção à saúde da mulher, justificado pela falta de formação profissional, suporte institucional e de uma equipe multidisciplinar.

DESCRIPTORIOS

Violência contra a mulher.
Saúde da mulher.
Pessoal de saúde.

ABSTRACT

It is extremely important to identify women living in a violent situation. However, the health sector has not always offered a satisfactory response for the issue. We sought to identify how the health professionals of a maternity perceive and act in view of a violent situation. This is a qualitative research, in which the data were collected through semistructured interviews and subject to thematic analysis. The study group consisted of 12 health professionals from a philanthropic maternity hospital located in Ribeirão Preto, Sao Paulo State, Brazil. It was observed that health professionals characterize violence against women as a severe and important problem in society, caused by and leading to gender inequality. However, professional practice tends towards a biologicistic and reductionist approach, which fragments women's health care, justified by the lack of professional training, institutional support and a multidisciplinary team.

KEY WORDS

Violence against women.
Women's health.
Health personnel.

RESUMEN

La identificación de mujeres en situación de violencia es de extrema importancia. Sin embargo, el sector salud no siempre viene ofreciendo una respuesta satisfactoria para el problema. La finalidad del presente trabajo fue identificar mediante una investigación cualitativa cómo perciben y actúan ante la violencia los profesionales de salud. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas y analizadas por la modalidad temática. El grupo de estudio estuvo compuesto por 12 profesionales de salud de una maternidad filantrópica de Ribeirão Preto – Brasil. Se observó que los profesionales de salud caracterizaron a la violencia contra la mujer como un problema serio e importante de la sociedad, teniendo como causa y consecuencia a la desigualdad de género. Entretanto, en la práctica profesional existe un abordaje reduccionista y biologicista con fragmentación de la atención a la salud de la mujer, justificado por la falta de formación profesional, soporte institucional y de un equipo multidisciplinario.

DESCRIPTORIOS

Violencia contra la mujer.
Salud de la mujer.
Personal de salud.

* Extraído do Projeto de Iniciação Científica "Violência contra a mulher no ciclo gravídico puerperal: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde", CNPq/PIBIC, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005. ¹ Graduanda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP/USP). Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq. Projeto PIBIC/USP/CNPq nº. 109813/2005-7. Ribeirão Preto, SP, Brasil. angelinalettiere@ig.com.br. ² Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP/USP). Orientadora da pesquisa. Ribeirão Preto, SP, Brasil. nakano@eerp.usp.br ³ Enfermeira. Especialista em Obstetrícia e Neonatológica. Pós-graduanda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo (EERP/USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. dt.rodrigues@uol.com.br

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um fenômeno complexo que pode estar presente em todos os âmbitos da vida, ao longo de seu ciclo vital, podendo se manifestar sob diferentes formas e inúmeras circunstâncias⁽¹⁾. O fenômeno se expressa, principalmente, através da violência sexual, física e psicológica, no entanto não se inscreve somente no corpo, pois nem sempre deixa marcas visíveis, repercutindo na vida social da mulher⁽²⁾.

Dentre as diversas situações de violência das quais as mulheres são vítimas, destaca-se a violência doméstica, que se refere a todas as formas de violência e os comportamentos dominantes praticados no âmbito familiar⁽³⁾. Investigações realizadas em serviços de saúde mostram prevalências anuais de violência contra mulher perpetrada pelo parceiro íntimo oscilando entre 4 a 23% e aumentando para valores de 33 a 39%, quando considerada a violência no período total de vida dessas mulheres⁽⁴⁾.

A este respeito, estudo⁽⁵⁾ realizado em uma unidade de atenção primária à saúde, em que se avaliou a frequência dos casos de violência, a natureza, a gravidade e a relação da mulher com o agressor, verificou-se que, 44,4% das usuárias relataram pelo menos um episódio de violência física na vida adulta, sendo que em 34,1% o ato de violência partiu de companheiros ou familiares. Verificou-se a ocorrência de pelo menos um episódio de violência sexual na vida adulta, 11,5% das mulheres e em 7,1% dos casos, os autores da ação eram companheiros ou familiares. Conclui a autora que a violência física e sexual teve alta magnitude nesse serviço, sendo que os companheiros e familiares foram os principais perpetradores, e os casos são, em sua maioria, severos e repetitivos.

Os serviços de saúde são importantes na detecção do problema, porque têm, em tese, uma cobertura e contato com as mulheres, podendo reconhecer e acolher o caso antes de incidentes mais graves⁽⁵⁾. Desta forma, a identificação de mulheres em situação de violência é de extrema importância.

Entretanto, o setor saúde nem sempre oferece uma resposta satisfatória para o problema, o qual acaba se diluindo entre outros agravos, sem que se leve em consideração a intencionalidade do ato que gerou o estado de morbidade. Esta situação de invisibilidade decorre do fato de que os serviços se limitam a cuidar dos sintomas e não contam com instrumentos capazes de identificar o problema⁽⁶⁾. E é neste contexto que os estudos⁽⁷⁾ realizados nos serviços de saúde mostram que os profissionais de saúde não identificam que as mulheres estão em situação de violência, mesmo quando as lesões apresentadas trazem evidências da ocorrência da violência.

Vale considerar que a violência contra a mulher, em particular a violência doméstica, embora presente na maioria das sociedades continua sendo um fenômeno invisível, sendo por vezes, aceita socialmente como *normal*, ou seja, como uma situação esperada e costumeira⁽³⁾. Desta forma a violência nas relações de gênero não é reconhecida nos serviços de saúde ou contabilizada nos diagnósticos realizados, sendo caracterizada como problema de extrema dificuldade para ser abordado⁽⁸⁾.

Assim, a não identificação da situação de violência pelos profissionais de saúde contribui para perpetuar o ciclo de violência, diminuindo a eficácia e a efetividade dos serviços de saúde, como também, consumindo recursos financeiros⁽⁹⁾. Nesta perspectiva, de acordo com a Organização Mundial da Saúde os profissionais de saúde têm um papel crucial na detecção da violência, principalmente, porque muitas vezes este é o único lugar procurado pelas mulheres nessas situações⁽¹⁰⁾.

Frente à prática clínica, em que a violência contra mulher tende a se manter na invisibilidade, a conduta dos profissionais de saúde é de não acolhimento às necessidades das mulheres, restringindo suas ações a encaminhamentos, o que também nem sempre resulta em resposta adequada às demandas das mulheres.

Acreditamos que este estudo possa trazer subsídios para formação e capacitação de profissionais da saúde, de modo a proporcionar uma maior visibilidade ao problema e permitir a implementação de estratégias mais efetivas frente a mulheres em situação de violência.

O setor saúde nem sempre oferece uma resposta satisfatória para o problema, o qual acaba se diluindo entre outros agravos, sem que se leve em consideração a intencionalidade do ato que gerou o estado de morbidade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar os significados atribuídos à violência e à mulher vítima de violência;

Identificar as limitações e possibilidades na atuação do profissional de saúde frente à violência contra a mulher.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que teve como objeto as percepções de profissionais de saúde e as vivências cotidianas da prática profissional frente a mulheres em situação de violência.

O serviço de saúde que foi considerado nessa investigação é a Maternidade do Complexo Aeroporto-Mater, uma instituição filantrópica, que atende a clientela SUS e que está inserida no sistema de referência pela Rede Básica de Saúde para resolução de partos de baixo risco em mais de 25 cidades da região de Ribeirão Preto, realizando em torno de 200 partos por mês. A Mater é conveniada à

Escola de Enfermagem e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sendo campo de ensino de graduação e pós-graduação, extensão universitária e de pesquisa. A escolha de uma maternidade, como contexto deste estudo, se justifica por ser um espaço de usuários eminentemente do sexo feminino, e como tal os profissionais de saúde parecem estar mais expostos a deparar-se com mulheres em situação de violência.

Fizeram parte do grupo de estudo 12 profissionais de saúde da referida instituição, sendo o tamanho amostral definido pela saturação dos dados. Foram considerados apenas os profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros). A composição do grupo foi feita segundo os critérios: (a) pertencimento ao quadro funcional da maternidade; (b) envolvimento no cuidado direto à gestante/parturiente/puérpera; (c) atuação na assistência à saúde da mulher por um período mínimo de um ano.

Foram seguidas as normas para pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta iniciou-se após aprovação do Comitê (Protocolo nº 0552/2005), sendo os sujeitos que cumpriam os critérios de inclusão convidados a participar da pesquisa. Frente ao aceite foi solicitada ao sujeito a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com o objetivo de garantir o anonimato dos sujeitos pesquisados, nos fragmentos das entrevistas foram utilizados códigos de identificação.

Os dados foram coletados através de entrevistas individuais, gravadas, para as quais se adotou a técnica de depoimento pessoal. As entrevistas foram realizadas no próprio local do trabalho, em dia e horário combinado entre pesquisador e sujeitos da investigação, no período de nov./2005 a jan./2006.

No tratamento dos dados, as entrevistas com os profissionais de saúde foram transcritas e, posteriormente, realizada análise de conteúdo temática que

consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido⁽¹¹⁾.

A análise percorreu os seguintes passos: leitura inicial, procurando ter uma compreensão global do material; identificação das unidades de significado que emergiram das falas dos entrevistados; descoberta de núcleos, interpretação e discussão dos núcleos de sentido encontrados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo foi composto por 12 profissionais, sendo cinco enfermeiros e sete médicos. Do total de entrevistados, oito (67%) são do sexo feminino e quatro (33%) do sexo masculino e a idade dos participantes variou de 23 a 39 anos, sendo a média de idade de 27 anos. Quanto ao tempo de experiência na área, os profissionais de enferma-

gem apresentaram, em média, um ano e sete meses e, entre os profissionais de medicina, a média foi de três anos e dois meses.

Depreendemos das falas das entrevistadas duas categorias temáticas centrais: **Compreendendo a violência e a vitimização da mulher** e **Postura e práticas dos profissionais de saúde frente à mulher em situação de violência**.

Compreendendo a violência e a vitimização da mulher

Sobre a primeira categoria temática central, identificamos os seguintes núcleos de sentido: a) violência como realidade; b) violência como causa e consequência do contexto social da mulher e c) visão estereotipada da mulher em situação de violência.

Em relação ao primeiro núcleo de sentido, os profissionais de saúde caracterizaram a violência contra a mulher como um problema sério e importante na sociedade, como identificado nas falas:

[...] é uma questão séria e muito mais presente do que se pensa (D3);

[...] é mais grave do que parece (D12).

Segundo investigações internacionais, a violência contra a mulher é um problema muito mais grave e generalizado. Um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde em 35 países comprovou que entre 10% a 52% das mulheres haviam sofrido maus tratos físicos por parte de seus companheiros em algum momento da sua vida e entre 10% a 30% havia sido vítima de violência sexual por seus companheiros⁽³⁾. Em estudo comparativo entre regiões do Brasil, no Município de São Paulo e da Zona da Mata de Pernambuco, utilizando do mesmo questionário da pesquisa anterior, aplicado a mulheres de 15 a 49 anos, verificou-se uma variação nas taxas de violência encontradas. Em São Paulo a taxa foi de 27% e na Zona da Mata de Pernambuco esta corresponde a 34%⁽¹²⁾.

A gravidade do fenômeno tal como percebido pelo grupo de profissionais pesquisados é reconhecida nos conceitos que se concebe por violência. A este respeito, a literatura científica apresenta que a violência não possui um conceito ou definição de forma consensual devido a sua complexidade e particularidades. A violência é um fenômeno biopsicossocial complexo e dinâmico, criado e desenvolvido na vida em sociedade⁽¹³⁾.

Identificamos nos discursos dos entrevistados que a realidade da violência contra a mulher se manifesta nas mais diferentes formas:

Tudo aquilo que agride a integridade da outra pessoa (D9);

[...] violência pode ser uma agressão tanto física quanto verbal, de forma que a pessoa precisa ser subjugada, humilhada... (D4).

Tal visão sobre os tipos de violência coincide com o estabelecido na Assembléia Geral das Nações Unidas⁽¹⁴⁾,

que aprovou a Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra a Mulher, primeiro documento internacional de direito humano que aborda comportamentos nocivos praticados contra a mulher. Nesta definição inclui:

[...] qualquer ato de violência baseado no gênero que resulte, ou tenha probabilidade de resultar, em dano físico, sexual ou psicológico ou sofrimento para a mulher, incluindo a ameaça de praticar tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, ocorrendo tanto em público como na vida privada⁽¹⁴⁾.

Considerando o núcleo de sentido: violência como causa e consequência do contexto social da mulher, os profissionais de saúde apresentam como sendo multifatorial. Entretanto, reconhecem ser essencialmente como causa e consequência das desigualdades de gênero, como observado na fala:

[...] é uma coisa cultural histórica [...] submissão é o principal fator (D1).

Pesquisadores atentam para as desigualdades nas relações de gênero, como concepção central explicativa das violências sofridas pelas mulheres, tendo por base a produção científica investigada sobre o tema violência e saúde. As autoras referem-se a publicações que enfocam ser a violência resultante das condições históricas e sociais de construção relacional do feminino e masculino, gerando atributos, posições e expectativas diversas para os sexos em relação à sexualidade, inserção no núcleo familiar, trabalho e espaço público, engendrando formas de violências específicas: no espaço privado, aquelas contra mulheres; no espaço público, contra homens⁽¹⁵⁾.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, não há um fator único que explique porque algumas pessoas se comportam de forma violenta em relação a outras, ou porque a violência ocorre mais em algumas comunidades que em outras. A violência é o resultado da complexa interação de fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais⁽³⁾.

É impossível abordar a violência contra a mulher sem associá-la à iniquidade de gênero. Não é difícil observar que homens e mulheres não ocupam posições iguais na sociedade. Nestes termos, considera-se que a identidade social da mulher, assim como a do homem, é construída através de atribuições de distintos papéis, que a sociedade espera ver cumprido pelas diferentes categorias do sexo⁽¹⁶⁾, o que se mostrou evidenciado nas falas dos sujeitos deste estudo.

[...] têm muitos homens que são criados e muitas mulheres mesmo que são criadas para assumirem seus papéis de acordo com o sexo... homem que é criado pra ser mais forte (D7);

[...] uma das coisas que mais desencadeia é o machismo (D2).

O último núcleo de sentido, visão estereotipada da mulher em situação de violência está ancorado na tradi-

ção dualista sobre a construção social da identidade de gênero. Neste sentido, a imagem da mulher vítima de violência está vinculada ao estereótipo da mulher submissa ao homem e desprotegida. Em relação ao agressor este é visto como poderoso e mais forte e a violência seria um meio que ele utilizaria para perpetuar esta situação de desigualdade, como identificamos nas falas:

[...] é uma mulher sem perspectivas., são mulheres caladas, tímidas (D6);

Geralmente elas têm uma atitude de submissão (D11);

[...] uma das formas de ele mostrar o seu poder é agredindo a sua esposa (D2).

Nesta perspectiva de gênero, aos homens são exigidos os comportamentos masculinos como agressividade, destemor e força, enquanto que às mulheres se exige suavidade, abnegação e a obediência. Assim esta hierarquia de desigualdades nas relações entre homens e mulheres, se firmou historicamente na supremacia e dominação masculina, em detrimento da inferiorização e subordinação feminina⁽²⁾.

Postura e práticas dos profissionais de saúde frente à mulher em situação de violência

Identificam os seguintes núcleos de sentido: a) tendência ao reducionismo biologicista e fragmentado na atenção à mulher vítima de violência; b) delimitando o espaço de atuação profissional na atenção às mulheres vítimas de violência.

Considerando o primeiro núcleo de sentido desta categoria temática, os profissionais de saúde deste estudo valorizam as queixas físicas, bem como, na condução do cuidado, estes tendem a fundamentar-se nos processos biológicos e, frente a insucessos, buscam outras bases para atuar.

[...] da parte ginecológica, a gente lida com algumas queixas que são bastante crônicas (D9);

[...] não havia remédio que controlasse a glicemia [...] a causa vem de uma questão emocional que muitas vezes vem de uma agressão física... (D6).

As dificuldades dos profissionais de saúde em lidar com estas questões têm suas bases na formação biologicista e fragmentada, que não considera os aspectos biopsicosociais. O profissional de saúde cria uma fragmentação da ação e do objeto de trabalho, neste caso o indivíduo, reduzindo a abordagem da saúde/doença aos saberes estritamente biomédicos. Desta maneira, observa-se na fala abaixo que, frente à situação de uma violência física visível, os profissionais de saúde sentem-se obrigados a tomar uma conduta.

Se ela vem com escoriações [...] tem que perguntar por que estava muito evidente (D3);

Estudo realizado⁽¹⁷⁾ em 19 serviços de saúde dos municípios São Paulo, Santo André, Diadema e Mogi das Cru-

zes, buscou identificar o contraste entre a prevalência de violência, estimada através de entrevista com as usuárias, comparando com a encontrada nos registros em prontuários dessas mesmas mulheres, o que revelou uma baixa taxa de registro, de um modo geral. Segundo os autores, tais achados podem ser compreendidos a partir dos estudos que apontam a grande dificuldade dos profissionais de saúde de lidarem com a violência como questão dos atendimentos.

Pesquisa realizada em Ribeirão Preto, também corrobora com os achados de invisibilidade da violência para os profissionais de saúde. Analisando a prevalência de violência de gênero, entre as usuárias de dois serviços de atenção primária à saúde, encontrou-se apenas 3,8% de registros de violência nos prontuários⁽⁹⁾.

Reportando-se à formação durante a graduação, os mesmos referem à falta de orientação para lidar com o tema e, quando apresentada, esta se mostra fragmentada, observa-se que os currículos das faculdades ainda não estão preparados para abordarem a questão de forma multidisciplinar.

Violência, a gente discutiui quando a gente fala um pouco de álcool e droga naquela disciplina de saúde mental (D1);

Foi abordado na época em que eu tive saúde da mulher [...] em disciplinas ligadas à ética (D10).

A este respeito, observa-se que a maioria das disciplinas da saúde não contempla em seus currículos e programas de educação continuada à formação e o treinamento dos aspectos relacionados com a violência. Por isso, profissionais de saúde não se encontram preparados para oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo à saúde das vítimas⁽¹⁸⁾.

Um estudo⁽⁸⁾ realizado com médicos que atuam na atenção primária à saúde, com a finalidade de investigar suas experiências com vítimas de violência doméstica e determinar os obstáculos na identificação e intervenção nos casos, conclui-se que, abordar a violência doméstica é semelhante a *abrir a caixa de pandora*, incluindo também, sensação de incomodo e impotência, receio de ser ofensiva, perda do controle da situação e constrangimento. Tal condição mostrou-se presente na fala dos sujeitos deste estudo.

Eu fiquei até com medo de represália (D6);

[...] a impotência da gente é uma coisa muito grande (D3).

Na prática dos profissionais de saúde a atenção está voltada a especialidades, o que tende obscurecer sua percepção e envolvimento com questões relacionadas à violência, não correlacionando com o estado de saúde da mulher.

[...] geralmente quando a gente vê a violência a gente não vasculha e não associa uma coisa com a outra (D2).

Quando você tem doenças recorrentes, problemas muitas vezes de ganho de peso, problemas de sinais de depressão (D6).

Esta postura guarda relação com concepções de caráter privado da violência e como tal, não se mostra apropriada para ser explorada no âmbito do serviço de saúde⁽¹⁹⁾. A este respeito um estudo⁽⁷⁾ identificou que os profissionais de saúde não questionam a mulher diante de uma suspeita de violência por vários motivos, tais como falta de tempo e recursos, falta de intimidade com o assunto, temor de gerar constrangimentos, despreparo para atuar e frustração, pois se sentem impotentes para resolver a situação.

Frente à fragilidade para atuar, os profissionais tendem a se conduzir por protocolos institucionais os quais, são exatas seqüências de ações a serem desenvolvidas, representando um poderoso instrumento de orientação técnica que determina a competência de cada profissional. Na ausência dos mesmos os profissionais sentem-se inseguros.

[...] tendo um protocolo então a situação fica tranqüila apesar de difícil de lidar com uma situação complicada (D5).

[...] faz um exame ginecológico completo para saber se há lesões, faz profilaxias para hepatite B, anti-HIV e faz a contracepção de emergência (D8).

Ao se deterem em realizar procedimentos técnicos, os profissionais de saúde deixam evidenciar seu papel atuante. E ao medicalizar o corpo da mulher que sofreu violência, se reafirma a ideologia médica de definir a realidade apresentada, obscurecendo a raiz social, política e cultural do problema⁽²⁰⁾. Desta forma, observa-se que na intervenção junto à mulher, predomina a relação técnica-instrumental do cuidado.

[...] você tem que ver se não tem uma lesão grave que precisa ser tratada numa situação de urgência [...] tirando essas situações graves primeiro, a gente tenta amparar [...] a gente tem que saber aonde vai o nosso limite, a gente não pode extrapolar esse limite, porque a gente acaba se envolvendo e isso acaba sendo anti-profissional (D6).

Identificamos que o grupo de profissionais de saúde evidencia em suas falas seus limites e impossibilidades de atuação. Neste sentido, ao contrário do que se poderia esperar dos profissionais de saúde de estarem em posição estratégica para detectar riscos da violência, estes se mostram tímidos em sua atuação.

O último núcleo de sentido, delimitando o espaço de atuação profissional na atenção das mulheres vítimas de violência, inclui as dificuldades de atuação que vão além da barreira da formação profissional, em que se inclui a falta de suporte institucional e de equipe multidisciplinar no quadro funcional, colaborando para que as ações dos profissionais fiquem restritas, conforme apresentado nas falas:

[...] fica aquela coisa... um jogando para o outro (D5);

Eu acho que a gente poderia ter uma equipe de assistente social mais presente [...] acho que uma psicóloga faz muita falta [...] um vínculo também com a paciente (D11).

Pesquisadores observaram em um estudo⁽¹⁹⁾, com profissionais de saúde do Ministério da Saúde de Nicarágua que, dentre as barreiras para atuação dos profissionais de saúde frente a violência inclui, em ordem de prioridade: a pouca capacitação sobre o tema; a falta de privacidade nas consultas, o medo de se envolver com assuntos legais, o resguardo pela própria segurança, o desconhecimento de lugares para referenciar a mulher.

Perceber a violência é um passo para melhorar a eficácia das ações em saúde, bem como, coloca em discussão o sofrimento vivenciado pela mulher, o qual vai muito além das queixas físicas associadas ao fenômeno. É frente a esta realidade que os profissionais de saúde estudados reconhecem estar diante da complexidade da violência.

Há o reconhecimento de que para o atendimento eficaz à mulher em situação de violência faz-se necessário uma equipe multidisciplinar, a qual consiste numa relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente assumida frente ao problema do conhecimento, substituindo a concepção fragmentária pela unitária do ser humano⁽²⁰⁾.

Percebemos ainda, pelas falas dos entrevistados, que a dificuldade de atendimento à mulher em situação de violência está na falta de estruturas sociais de suporte e proteção. Para responder adequadamente às dimensões envolvidas nesse problema é essencial que se estabeleça uma abordagem intersetorial e coordenada, principalmente com o poder judiciário e policial.

Até tenta encaminhar, mas encaminhar para onde? (D1).

Eu a orientei sobre os direitos que ela tinha a condição humilhante que ela estava [...] orientar em relação a procurar uma delegacia, que a gente não poderia fazer isso por ela (D9).

A partir do reconhecimento da violência de gênero como problema de saúde pública, é que a OMS passa a recomendar a capacitação dos profissionais de saúde para reconhecê-la e abordá-la através do acolhimento, reconhecer a integridade das mulheres como sujeitos, com direitos humanos, informá-las sobre os recursos da sociedade, tais como delegacias de mulheres e casas-abrigo e reconhecer as situações de risco de vida para proteger a paciente, trabalhando de forma articulada com os outros setores da sociedade⁽³⁾.

Mediante ao que se espera do profissional de saúde, tal como apresentado pela Organização Mundial de Saúde, os sujeitos do estudo reconhecem que o papel do profissional de saúde ainda se mostra aquém do desejável, ressaltando pontos essenciais para um melhor atendimento às mulheres em situação de violência.

[...] o papel do profissional de saúde primeiro vai muito além de simplesmente ajudar do ponto de vista profissional... além de simplesmente de fazer um exame físico e tomar uma conduta médica (D7);

[...] o papel nosso é muito educativo (D10).

Esta perspectiva que se mostra esboçada, ainda que no plano das idéias, já se constitui em um avanço na compreensão da violência contra a mulher, por reconhecer a mulher com seus direitos, antes de ser reconhecida como paciente ou vítima.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência é um tema instigante que vem sendo amplamente abordado como uma questão de saúde, já que estes serviços são considerados, pela Organização Mundial de Saúde, o local onde as mulheres vítimas de violência recorrem devido aos agravos resultantes desta prática. Cabe ao setor saúde acolher as vítimas, buscando minimizar o trauma e evitar seqüelas. Assim, uma vez sensibilizados, os profissionais de saúde podem vir a ser um elemento importante no processo de quebra do ciclo de violência.

No grupo estudado os dados nos mostram que os profissionais de saúde caracterizam a violência contra a mulher como um problema sério e importante na sociedade, tendo como causa e conseqüência à desigualdade de gênero. Entretanto, observa-se que os profissionais têm pouco conhecimento acerca do que fazer nesses casos e, no desenvolvimento da prática profissional há uma tendência ao reducionismo biologicista e fragmentado na atenção à saúde da mulher. Tal conduta é justificada pela falta de formação profissional, já que nos currículos acadêmicos raramente inclui os conhecimentos deste tema, como também a falta de suporte institucional e de uma equipe multidisciplinar no quadro funcional.

Portanto, é preciso aprofundar a discussão da capacitação dos profissionais frente ao tema, sensibilizando-os a respeito das questões de violência. A abordagem da violência nos serviços requer um bom conhecimento das referências existentes tanto do âmbito jurídico, policial, social e psicológico, como também de redes de apoio informal e Organizações Não Governamentais (ONGs), para que o profissional possa dar continuidade ao cuidado e assim fortalecer a busca de alternativas para solucionar o problema.

REFERÊNCIAS

1. Casique LC, Furegato ARF. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. *Rev Lat Am Enferm*. 2006;14(6):350-6.
2. Diniz NMF, Lopes RLM, Gesteira MA, Alves SLB, Gomes NP. Violência conjugal: vivências expressas em discursos masculinos. *Rev Esc Enferm USP*. 2003;37(2):81-8.
3. World Health Organization (WHO). WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Geneva; 2005.
4. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(5):695-701.
5. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(4):470-7.
6. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19 Supl 2:263-72.
7. Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet*. 2002;359(9316):1509-14.
8. Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence. *JAMA*. 1992;267(23):3157-60.
9. Santos LL. A visibilidade da violência de gênero em dois serviços de assistência primária à saúde [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
10. World Health Organization (WHO). Violence against women: a priority health issue. Geneva;1997.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
12. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Ed. UNESP; 2005.
13. Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad Saúde Pública*. 1994;10 Supl 1:7-18.
14. United Nations. Declaration on the Elimination of Violence Against Women. Geneva; 1993.
15. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(n. esp):112-20.
16. Saffioti HIB. O poder do macho. São Paulo: Moderna; 1987.
17. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, Puccia MI, et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(3):359-67.
18. Jaramillo DE, Uribe TM. Rol del personal de salud en la atención a las mujeres maltratadas. *Invest Educ Enferm*. 2001;19(1):38-45.
19. Rodríguez-Bolaños RA, Márquez-Serrano M, Kageyama-Escobar ML. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud Publica Mex*. 2005;47(2):134-44.
20. Grossi PK. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais da saúde. In: Lopes MJU, Meyer DE, Waldow UR, editores. Gênero e saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 133-49.