

Violencia de género: concepciones de profesionales de los equipos de salud de la familia

Neusa Maria Franzoi¹

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca²

Rebeca Nunes Guedes³

Artículo resultante de una investigación entre profesionales de los equipos del Programa de Salud de la Familia (PSF) del municipio de Araraquara (SP) que tuvo como objetivo conocer y analizar, bajo la perspectiva de género, las concepciones que los profesionales de los equipos de salud de la familia de ese municipio tienen en relación a: mujer, hombre y violencia de género. El referencial teórico metodológico fue constituido por el género y la violencia de género como constructos sociales orientadores de las prácticas en salud. Los datos empíricos fueron obtenidos en Talleres de Trabajo y sometidos al análisis de contenido. Se constató la coexistencia de concepciones críticas, potencialmente transformadoras con otras conservadoras y reproductoras de la ideología hegemónica de la dominación masculina. Esos resultados confirman la necesidad de ampliar la calificación profesional en el sentido de capacitar a los trabajadores para lidiar con el fenómeno de la violencia de género, común en lo cotidiano de la vida de las mujeres que buscan los servicios de salud.

Descriptores: Violencia Contra la Mujer; Salud de la Mujer; Salud de la Familia.

¹ Trabajador social, Maestría en Enfermería en Salud Colectiva, Coordinadora de Assistência Social, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. E-mail: nefranz@usp.br.

² Enfermera, Doctora en Enfermería. Profesora Titular, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. E-mail: rmgsfon@usp.br.

³ Enfermera, Alumna de Doctorado, Programa Interunidades de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: rebecanunesguedes@gmail.com.

Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família

Este artigo é resultante de pesquisa junto a profissionais das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), do município de Araraquara, SP, e teve como objetivo conhecer e analisar, à luz de gênero, as concepções de profissionais das equipes de saúde da família desse município em relação à mulher, ao homem e à violência de gênero. O referencial teórico-metodológico foi constituído pelo gênero e violência de gênero, como construtos sociais norteadores das práticas em saúde. Os dados empíricos foram obtidos em oficinas de trabalho e submetidos à análise de conteúdo. Constatou-se a coexistência de concepções críticas, potencialmente transformadoras, com outras conservadoras e reprodutoras da ideologia hegemônica da dominação masculina. Tais resultados confirmam a necessidade de ampliar a qualificação profissional no sentido de capacitar os trabalhadores para lidar com o fenômeno da violência de gênero, comum no cotidiano da vida das mulheres que buscam os serviços de saúde.

Descritores: Violência Contra a Mulher; Saúde da Mulher; Saúde da Família.

Gender-based Violence: Conceptions of Professionals on the Family Health Strategy's Teams

This study is the result of a survey carried out with professionals of the Family Health Strategy's teams (FHS) in Araraquara, SP, Brazil. The study analyzed the conceptions held by FHS professionals concerning women, men and gender-based violence from the perspective of gender. The theoretical and methodological framework used was composed of gender and gender-based violence as social constructs guiding health practices. Empirical data were obtained from workshops and submitted to content analysis. The coexistence of critical and potentially transforming conceptions with conservative ones that reproduce the hegemonic ideology of male dominance was observed. These results confirm the need to broaden professional education to enable workers to deal with gender-based violence, which is a common element in the routine lives of women seeking health services.

Descriptors: Violence Against Women; Women's Health; Family Health.

Introducción y Justificación

La sociedad, a pesar de estar en constante transformación, produce y reitera valores androcéntricos que refuerzan la asimetría y poder de las relaciones entre hombres y mujeres, mostrando en su esencia graves problemas, entre ellos, la violencia de género, referida como "cualquier acto de violencia basado en la diferencia de género, que resulte en sufrimientos y daños físicos, sexuales y psicológicos de la mujer, inclusive amenazas de esos actos, coerción y privación de la libertad en la vida pública o privada"⁽¹⁾.

Algunas investigaciones, realizadas en varios países, revelan que entre un cuarto y más de la mitad de las mujeres relatan agresiones físicas por el compañero,

actual o anterior⁽²⁾. El estupro y la violencia doméstica son causas de incapacidad y muerte de mujeres productivas. En América Latina y Caribe, esa violencia alcanza entre 25% y 50% de las mujeres⁽¹⁾.

Un estudio en 14 servicios públicos de salud en Brasil reveló que cerca de un cuarto de las mujeres sufrió violencia grave por un compañero íntimo, incluyendo golpes, quemaduras o uso de arma. En torno de 20% afirmaron haber sido agredidas en la gestación⁽³⁾. A pesar de la elevada frecuencia, la violencia de género no es visible en su totalidad tanto por la subnotificación de casos como por su desvalorización en cuanto problema social, transgresión a los derechos de las mujeres y como contexto instaurador

de daños a la salud. La subnotificación acontece por la dificultad de diagnosticar y registrar esa violencia. En uno de los estudios, de los registros de agresión, 68,75% de ellos fueron hallazgos casuales⁽⁴⁾.

Influenciando sobremanera el modo y vivir de las mujeres en diversos contextos sociales, la violencia doméstica y sexual afecta significativamente el proceso salud enfermedad de las mujeres que la experimentan. Ellas presentan más problemas de salud, generan más costos de atención sanitaria y constantemente buscan más los servicios hospitalarios y de urgencia que mujeres que no sufren malos tratos⁽²⁾. Como problema social, pertenece al ámbito de la justicia, de la seguridad pública y es objeto de movimientos sociales. Por lo tanto, la atención a estas mujeres no es exclusividad de la salud, pero de varios sectores sociales articulados. Esa articulación aparece en la concepción ampliada de salud enfermedad como proceso social, refiriéndose a cualquier agravio y amenaza a la vida, a condiciones de trabajo, a relaciones interpersonales y a calidad de vida y de existencia. De otra parte es necesario ampliar la visión del problema y de la asistencia en la perspectiva de género a fin de superar los valores sociales hegemónicos que naturalizan las desigualdades y justifican la opresión y la violencia contra las mujeres.

Los profesionales de la salud tienen en lo cotidiano de sus prácticas, valores que son internalizados por la construcción de las identidades de género⁽⁵⁻⁶⁾. En la atención a la salud de las mujeres, esos constructos se traducen muchas veces en la omisión de cuidados efectivos, solidaridad y protección, además de dificultar la práctica profesional como instrumento de emancipación individual y social⁽⁵⁾.

En Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS) consolidó la Estrategia Salud de la Familia (ESF) como principal estrategia de reorganización de la Atención Básica. En la estrategia, la territorialidad de la atención a la salud ha posibilitado un mayor vínculo y proximidad entre profesionales y usuarios de los servicios de salud, descubriendo, de esa forma, problemas antes invisibles o no reconocidos como objeto posible de intervención en el sector de salud, es el caso de la violencia de género. Esas propuestas tienen como principal desafío promover la reorientación de las prácticas y acciones de salud de forma integral y continua, llevándolas más cerca de la familia⁽⁷⁾. De ese modo, esa aproximación entre los profesionales de la salud y la clientela de las áreas de influencia favorece la empatía necesaria para abordar temas complejos como la violencia⁽⁸⁾. Sin embargo, en el ámbito de la atención a las mujeres que experimentan violencia sexual, algunos estudios revelaron que profesionales de la ESF no se sienten instrumentalizados para lidiar con el problema, de modo

que definen su actuación como *impotencia paralizante*, lo que nos hace reflexionar sobre vacíos históricos en la formación profesional y en la organización del servicio para atender necesidades producidas por la vivencia de la violencia⁽⁹⁾.

La política nacional de salud instaurada con el SUS y, consecuentemente, en la ESF presuponen una atención a la salud que amplíe el recorte del objeto de trabajo más allá de los límites de lo biológico, considerando las formas de trabajar y transitar en la vida en la sociedad como determinantes significativos del proceso salud enfermedad. Sin embargo, en lo cotidiano de las prácticas, esa política, en algunos aspectos, no se ha concretizado, ya que, históricamente, los profesionales, desde la formación, no han sido instrumentalizados con tecnologías específicas para el abordaje de problemas complejos que escapan a la lógica singular y biologicista de la atención en salud.

Por otro lado, la asistencia es dirigida para entender asertivamente, ya que su objetivo final es responder a las necesidades de salud de la colectividad. Contrariamente a esa intención, estudios sobre la temática han revelado que las prácticas en salud dirigidas para mujeres que experimentan violencia han sido descaracterizadas, de modo que la asistencia prestada no siempre considera la asimetría de poder en las relaciones entre hombres y mujeres, resultante de procesos sociales más amplios, como determinante de la violencia de género.

Además de eso, los profesionales de la salud llevan para lo cotidiano de las prácticas profesionales la construcción de las identidades de género, revelando una atención muchas veces impregnada de prejuicios y reiteración de las desigualdades. Esa construcción, determina la subjetividad del profesional influenciando el modo de reconocer y enfrentar los problemas, pero, antes de todo, ella resulta de un proceso histórico e ideológico impregnado de un referencial androcéntrico que se encuentra en toda la estructura social.

En ese sentido, para la transformación de las prácticas en salud a partir de la instrumentalización de los profesionales, es apremiante la comprensión de su visión de mundo sobre la construcción social de la identidad de género y de la violencia de género. El conocimiento orientador es el principal instrumento del cual los profesionales de salud se valen en su proceso y trabajo, determinando una práctica que supera o reitera las desigualdades. Así, la propuesta de calificación de los equipos de salud a ser implementada en los servicios debe considerar el saber y la ideología orientadora de las prácticas.

Con base en esto, se tomó como objeto de investigación las concepciones sobre la violencia de género de los profesionales del PSF. Esa comprensión puede

ofrecer elementos tanto para su capacitación, como para definición de políticas asistenciales en el enfrentamiento de esa violencia. Además de eso, puede despertar la visión crítica de esos profesionales para intervenir en el proceso salud enfermedad de las mujeres de manera articulada a sus necesidades. Para alcanzar esa finalidad, el estudio tuvo como objetivo conocer y analizar, bajo la perspectiva del género, las concepciones de profesionales de los equipos de salud de la familia del municipio de Araraquara (SP) en relación a: mujer, hombre y violencia de género, buscando hacer surgir las contradicciones que las impregnan.

Metodología

Se trató de un estudio cualitativo, cuyos elementos discursivos fueron analizados bajo la perspectiva de género. El material empírico fue recolectado en tres sesiones en un Taller de Trabajo realizado con 95 profesionales de la salud (90 agentes comunitarios de la salud y 5 enfermeras), componentes de 12 equipos del PSF de Araraquara, con la finalidad de estimular la reflexión acerca de la violencia contra las mujeres, una de las actividades componentes del mes en que se conmemora, en el día 25, el Día Internacional de la No Violencia contra la Mujer. Entre las conmemoraciones de 2005, estaba prevista la realización de este estudio, fortaleciendo la idea de la importancia de agregar investigación e intervención social. Cerca de 85% del grupo era formado por mujeres, con edad variando entre 21 y 45 años, escolaridad mayor o igual al segundo grado, siendo que casi la mitad (40%) tenían escolaridad superior completa o incompleta.

La ciudad está situada en la región central del Estado de Sao Paulo, la que cuenta con una población de cerca de 200.000 habitantes y presenta razonables índices de desarrollo social. "Araraquara mejoró su posición en el Índice de Desarrollo Económico Equilibrado (IDEE) del Instituto de Estudios Metropolitanos (IEME). El municipio ocupaba la 19ª colocación en la puntuación de 2003. (...) Entre los municipios del interior del Estado de Sao Paulo, Araraquara aparece en 10º lugar en 2004"⁽¹⁰⁾.

Para la realización del Taller los participantes fueron divididos en dos grupos (mañana y tarde). Fueron realizadas 3 sesiones de 4 horas - Total de 12 horas) con cada grupo. En la primera sesión, eran discutidas las concepciones de hombre, mujer y relaciones de género; en la segunda, el fenómeno de la violencia contra las mujeres y, en la tercera, las prácticas profesionales en el ámbito de la salud de la familia. Fueron utilizadas estrategias facilitadoras como construcción de carteles hechos con esculturas de tejido, masa de modelar y dramatizaciones de situaciones reales de atención, descritas por los propios participantes.

Los datos obtenidos de los informes de los trabajos en grupo en cada etapa de las sesiones fueron grabados y transcritos literalmente. Para la presente investigación, del conjunto discursivo, fueron escogidos los temas relacionados al objeto de estudio. Las declaraciones fueron sometidas al análisis de contenido para extracción de las categorías empíricas que, su vez, fueron sometidas al análisis utilizando las categorías analíticas género y violencia de género.

En líneas generales, la categoría género presupone la construcción histórica de las relaciones sociales entre los sexos, diferenciando lo biológico de lo social. "El núcleo esencial de la definición se basa en dos proposiciones: el género es un elemento constitutivo de relaciones sociales basado en las diferencias entre los sexos y una primera forma de dar significado a las relaciones de poder"⁽¹¹⁾.

El género es definido en la relación con el otro y se articula con otras categorías sociales (generación, raza, etnia, clase, profesión, sexualidad) de diversas maneras. En cuanto instrumento de análisis, conduce a la revisión de la ideología de la dominación masculina. Resultante de eso, la violencia de género también es una categoría histórica y originaria del ejercicio de dominación del hombre sobre la mujer. Puede, por lo tanto, aclarar y posibilitar la comprensión de la determinación social de los fenómenos de la vida de las mujeres, entre ellos, la violencia de género.

Aspectos Éticos

El estudio integró el proyecto "Prácticas profesionales y violencia contra las mujeres: un recorte de género y clase social" que tuvo el protocolo de investigación aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo. Fueron observados todos los aspectos éticos, envueltos en la investigación con seres humanos, que constan en la Resolución 196 de 10 de octubre de 1996, del Consejo Nacional de Salud. Los talleres de trabajo han sido ampliamente utilizados por el Grupo de Investigación Género Salud y Enfermería del Departamento de Salud Colectiva de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo y se han constituido en un potente instrumento metodológico para realizar Investigaciones bajo el enfoque de género, una vez que la vivencia grupal posibilita una mayor comprensión de significados y subjetividades que se encuentran en los fenómenos relacionados a los procesos de construcción de la femineidad y masculinidad en la realidad estudiada. Antes del inicio de las actividades de cada taller, fue claramente explicado a los participantes que estas serían utilizadas para recolección de datos, de acuerdo con los objetivos de la investigación. En la misma

oportunidad, fue colocada la participación voluntaria y la libertad en la decisión en participar de la investigación y de los talleres, de modo que, a los que concordaron, fue solicitada la lectura y firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido.

Resultados y Discusión

Los resultados llevaron a la emergencia de cuatro categorías empíricas, conforme sigue.

Mujeres y hombres: igualdad y diferencia, papeles e identidades

Los participantes reconocieron que el ser humano, en el proceso de socialización, al tornarse mujer u hombre va formando su identidad. Las identidades de género son constructos sociales inestables, como femeninos y masculinos. Los sujetos se van construyendo, arreglando y desarreglando sus lugares sociales, sus disposiciones, sus formas de ser y estar en el mundo mediante relaciones sociales, discursos, símbolos, representaciones y prácticas. Esas construcciones y arreglos son siempre transitorios, transformándose históricamente⁽¹²⁾.

La identidad de género se revela por medio de comportamientos o papeles sociales asociados con la femineidad y la masculinidad. Así, los profesionales de la ESF reproducían en sus concepciones los estereotipos de género, ya que para ellos los hombres se sienten bien en proteger y, con eso, determinar quien tiene y ejerce el poder. A pesar de eso, portan también características tenidas socialmente como de lo femenino, referidas como carencia y dependencia. En cuanto a las mujeres, a pesar de que actualmente participan más de la esfera pública, responden también en el espacio privado por los quehaceres domésticos y la maternidad, revelando la heterogeneidad del ser mujer en los diversos espacios sociales que ocupa. La declaración a seguir ilustra lo dicho:

El hombre se siente bien en proteger, mantener, pero también tiene su carencia, su dependencia. La mujer busca también proteger, también ser proveedora. Hoy es el papel de la mujer también, porque ella es madre, sensible y luchadora.

Los discursos revelaron la maternidad como reiterando los papeles femeninos, vinculada al mundo natural, a la naturaleza y a sus ciclos, concepción esa idealizada que no considera posibles problemas enfrentados en las relaciones de género.

Colocamos la naturaleza representada por el verde, porque la mujer representa, como si fuese, los ciclos de la naturaleza, ella da la vida también, ella queda embarazada.

La lógica de la relación de dominación impone e inculca en los hombres y en las propias mujeres

propiedades negativas que la ideología machista atribuye a la naturaleza femenina. La visión patriarcal androcéntrica continuamente confirma y da legitimidad las propias prácticas que determina, haciendo que hombres y mujeres incorporen el prejuicio desfavorable a lo femenino. Así, la dominación masculina tiene las condiciones favorables para su pleno ejercicio, ya que está incorporado en toda la estructura social⁽¹³⁾.

De manera general, los profesionales representaron al hombre y la mujer en las diferencias físicas, en la fuerza y en la complejidad física. El atributo físico masculino es un argumento utilizado históricamente para afirmar la ideología patriarcal, representando la superioridad masculina justificada por atributos biológicos.

Un hombre representado por una corbata, porque fisiológicamente él es más fuerte. No tiene como comparar el cuerpo, a veces, fisiológicamente de un hombre con una mujer, él tiene una estructura más fuerte que la mujer.

Es usual escuchar que las mujeres son diferentes de los hombres y difieren porque ellos son tomados como estándar, siendo la mujer el segundo sexo. Primordialmente, la diferencia entre géneros se refiere a aspectos biológicos, físicos, psíquicos, comportamentales y habilidades, concepciones estas apoyadas en teorías construidas para justificar históricamente los lugares sociales, las posibilidades y los destinos de cada género⁽¹²⁾. Esa diferencia se muestra como una dicotomía aparentemente verdadera, ya que igualdad - concepto político - supone diferencia y no hay sentido en reivindicar igualdad y si equivalencia, una vez que los sujetos no son idénticos. Es preciso considerar la historicidad en la desconstrucción de los términos de la diferencia sexual⁽¹¹⁾.

Así, las relaciones entre los sexos, tanto en el espacio privado, como en el público, son caracterizadas por una asimetría de poder. La construcción sociocultural de la identidad femenina y la definición de la mujer como pasiva y sumisa crea el espacio propicio para el ejercicio de la opresión masculina sobre las mujeres, lo que puede traducirse en violencia⁽⁵⁾.

Superando las diferencias

Mayoritariamente los profesionales situaron las diferencias entre mujeres y hombres en el campo biológico. Contradictoriamente, veían en los hijos posibilidades transformadoras de esas relaciones.

Ese hombre y esa mujer crean una relación donde nacen los hijos, y nosotros llegamos a la conclusión que esos hijos deben ser simplemente preservados, en la inocencia de ellos, hay que tratar de colocarlos en una línea de vida para poder cambiar las diferencias, que actualmente existen.

La educación formal y los medios de comunicación,

entre otras vehículos de la consciencia social, transmiten nuevas formas de actuar y pensar a los niños, inclusive en lo que se refiere a la identidad de género. Actualmente se observan transformaciones en la naturalización de la mujer como subalterna del hombre. Una investigación en los Estados Unidos reveló que niños cuidados más tiempo por el padre presentaban mayor flexibilización de los tradicionales papeles de género, que los criados en familias con costumbres más ortodoxas⁽¹⁴⁾. Los profesionales expresaron que la superación de las desigualdades en las relaciones de género también puede ser posibilitada por la formación educacional.

Tenemos aquí un diploma escolar para el hombre y un diploma escolar para la mujer también, ya que nosotros somos seres humanos, tenemos el derecho de evolucionar, crecer y tener conocimiento, tanto hombre como mujer.

En el caso de la relación entre los géneros, más que igualdad, lo que se busca es la equidad. "Adoptar la equidad de género como un concepto ético asociado a los principios de justicia social y de derechos humanos no implica en desmerecer o retirar derechos de los hombres para privilegiar a las mujeres (...). Se trata de reexaminar, con esmero y cuidado, la situación de miles de mujeres que sufren inequidades en lo cotidiano, indignarse con eso y moverse para las transformaciones, sin confundir el derecho a la asistencia digna y respetable por ser, antes de todo, ciudadanas, con el imperativo de tenerlas saludables y productivas, por ser generadoras y mantenedoras de la fuerza de trabajo presente y futura, por lo tanto, de quien la sociedad depende para la generación de riqueza social"⁽¹⁵⁾.

Violencia de género: lo que piensan los profesionales del PSF

Se sabe que todo discurso es ideológicamente situado y toda interpretación es construida, aprendida y aprehendida históricamente. Así, la construcción social de género es la gran responsable por la naturalización de la violencia, tanto por hombres como por mujeres. Los profesionales revelaron la barrera cultural que sustenta la violencia como difícil de ser quebrada, una vez que los valores son arraigados. Mencionaron, sin embargo, la influencia de la cultura en la construcción de hombres y mujeres, a ejemplo de la declaración que sigue.

(...) nosotros colocamos la barrera cultural, a veces, es propio de la mujer pensar que eso no es violencia, fue criada así, fue tratada de aquella manera, que es normal, que es cierto, entonces ella no lo entiende, a veces, como violencia.

La naturalización de la violencia en las relaciones como proceso histórico y cultural corresponde a una ideología androcéntrica que impregna la sociedad y es cargada y

aprendida a lo largo de la historia, de modo que, mismo mediante todas las transformaciones de la sociedad en lo que concierne a valores hegemónicos, la ideología de dominación masculina y de la naturalización de la violencia es reiterada. Todavía hoy, las agresiones se volvieron una rutina y se acentúan con el tiempo y generalmente son interpretadas por las mujeres como destino. De ser normal, la violencia pasa a ser banal y es vista como parte integrante de la relación afectiva. A pesar de que puedan acontecer entre compañeros afectivos de ambos o del mismo sexo, hay en eso un carácter de género, ya que resulta de construcciones sociales de hombres y mujeres, en relaciones asimétricas en las cuales a un miembro de la pareja, es conferido mayor poder y autoridad⁽¹⁶⁾.

La ideología androcéntrica hegemónica concibe la naturaleza femenina de una manera que circunscribe los sentimientos, pensamientos y acciones de la mujer a la esfera privada del mundo doméstico y de la procreación⁽¹⁶⁾. Algunos estudios apuntan que muchas mujeres no reconocen situaciones de violencia experimentadas en las relaciones íntimas como tal. Eso revela, en la práctica, que no solo hombres, pero también mujeres llevan consigo la naturalización de la dominación masculina y de la violencia de hombres contra mujeres. Ese aspecto constituye uno de los límites para el enfrentamiento del fenómeno y la transformación de la cultura de la subordinación femenina⁽¹⁷⁾.

La permanencia de muchas mujeres en relaciones en que se mantienen sumisas al poder masculino envuelve desde la dependencia económica o afectiva del compañero, hasta supuestas gratificaciones que la relación trae por la realización personal de mantener el modelo idealizado de mujer que mantiene la relación afectiva y la familia nuclear, mismo teniendo que se anular como ser humano⁽⁵⁾.

A respecto de la mujer proveedora del hogar, los profesionales de la salud destacaron que la cultura también se interpone en la disolución del casamiento, mismo que para su manutención sea necesaria la violencia. Refirieron que la mujer agredida ni siquiera se reconoce como mantenedora de la relación, soportando agresiones en nombre de la familia y de convenciones impuestas culturalmente.

Es la barrera cultural. Tenía un caso así: la mujer era la proveedora, era ella que pagaba todo. Era independiente, pero culturalmente sentía que los hijos, la familia no puede disolverse, mismo teniendo un esposo alcohólico. Él le pegaba, en la cabeza, ella creía piamente que a partir del momento en que se casó, debería quedarse con aquel hombre, para criar la familia.

En el ámbito familiar, las mujeres participan cada vez más como proveedoras económicas de las familias. De esta perspectiva, aspectos culturales como cambio

de valores, proceso de individualización y autonomía de mujeres por el trabajo y aumento del nivel de escolaridad pueden haber roto parte de la tradición de la autoridad exclusiva masculina, lo que puede determinar tensión en las relaciones entre géneros desiguales. La autonomía de la mujer en la sexualidad y en la reproducción también puede producir tensión, ya que contesta al hombre como regulador de la sexualidad femenina⁽¹⁶⁾.

Los profesionales afirmaron también que *la guerra comienza siempre en casa*, refiriéndose a la violencia de género que ocurre en el espacio familiar como consecuencia de la falta de respeto mutuo. Sin embargo, ese discurso no considera que pueda provenir de la inminencia de la pérdida del *status quo* por parte del hombre, así como en la progresiva ocupación de ese espacio por la mujer, desencadenando resistencias.

El hombre y la mujer precisan primordialmente de respeto mutuo para dar continuidad al ciclo de la vida; esos conflictos solo llevan a violencias: moral, física, psicológica etc., no permitiendo que el otro crezca y evolucione como ser humano. La guerra comienza siempre en casa.

La creciente autonomía de las mujeres, con sus acciones contraculturales, aliada al cambio del estándar de autoridad paterna, posiblemente provoca la intensificación de los problemas en las relaciones de género en las cuales la superación femenina viene paso a paso construyéndose aisladamente. De ese modo, las mujeres no consiguen romper totalmente las amarras de la subordinación, ya que estas ocurren movidas por mecanismos ideológicos de reproducción del *status quo* que solo son superados en la construcción de nuevas relaciones sociales, lo que requiere la desconstrucción de aquello que está impuesto hegemonícamente como atributos de mujeres y hombres, en la actualidad⁽⁵⁾.

Mujer frágil, hombre fuerte: una relación desigual generando violencia

Los profesionales refirieron que la baja autoestima de las mujeres es lo que permite la violencia del hombre, vinculándola a la fragilidad femenina.

(...) un poquito de la falta de autoestima que muchas veces la mujer tiene, por eso ella se permite ser violentada, tanto física, como psicológicamente.

La autoestima puede ser entendida como el valor del sujeto atribuido a sí mismo, adquirido a través de la convivencia con sus pares y con los demás sujetos en el espacio de las relaciones sociales. De esa manera, también es resultado de una construcción social que puede ser estimulada o minimizada dependiendo de la calidad de los compañeros y de las relaciones. Cuando estas están desgastadas o fragilizadas como en el

caso de las relaciones violentas, el resultado es la baja autoestima que, su vez, funciona como desmotivadora y desmovilizadora del movimiento por transformaciones. De esa manera, estimula no solo la continuidad de las relaciones violentas como interfiere negativamente en su posibilidad de transformación. Así, no se puede decir que la baja autoestima determine relaciones violentas, pero, con seguridad, puede contribuir para que se haga perenne.

Los profesionales participantes del estudio reforzaron valores estereotipados como la exigencia de la vanidad y belleza femenina inclusive para las mujeres que experimentan violencia. Siendo la belleza atributo exterior, ella puede ser producida como disfraz de las agresiones. Esos discursos son peligrosos porque pueden sugerir que las mujeres deben camuflar la violencia a través de la apariencia y, por consecuencia, reiterar valores androcéntricos. Para ellos son las pérdidas sufridas por las mujeres: de autoestima y de vanidad, además del miedo y de la vergüenza de la sociedad que las hacen incapaces de enfrentar y resolver las dificultades relacionales.

Nosotros colocamos [como causa de la violencia] la baja autoestima, la pérdida de la vanidad, la inseguridad, el miedo, y la vergüenza de la sociedad, ella comienza sentirse incapaz.

La percepción de que las mujeres se sienten incapaces, puede colocarlas en la posición de víctimas, incapacitadas de reaccionar, discurso este que niega el dinamismo y la posibilidad de transformación de las relaciones. Así, como las mujeres, los hombres, los profesionales de salud y la sociedad en general piensan en la permanencia de los sujetos en relaciones violentas como siendo destino, colocándolas en el papel de víctimas – siendo que estos mismos las victimizan. A pesar de la dominación masculina internalizarse también en el imaginario femenino, eso no significa afirmar que las mujeres son responsables por la propia opresión, que la escogen conscientemente o que se gratifican en adoptar prácticas sumisas. La sumisión femenina es muchas veces citada como pretexto para culpar a la víctima, pero es importante señalar que esa construcción no es un acto consciente y si resultante de mecanismos ideológicos que ocultan o disimulan la realidad⁽⁵⁾.

El hecho de las mujeres experimentar años en situaciones de violencia afecta considerablemente su autoestima y confianza, disminuye su capacidad de reaccionar y de participar plenamente en la sociedad. Además de eso, en general, ellas no buscan apoyo para la solución del problema porque creen que sus demandas no recibirán crédito y sienten que no tienen opciones frente a la poca posibilidad de cambio, lo que torna difícil cualquier iniciativa para enfrentar la violencia. Ocurre que esa inmovilidad también colabora para que la violencia

de género tienda a diversificarse y a agravarse con el tiempo, tornándose más intensa y frecuente, si no hay una intervención apropiada para tratar de detener la escalada de los hechos⁽¹⁷⁾.

De ese modo, el enfrentamiento de la violencia de género como fenómeno destructivo de los procesos de vida de las mujeres debe considerar que su determinación ocurre tanto en la dimensión de la estructura social como en la de grupos y de individuos y familias, teniendo como fuerte componente la ideología que impregna las relaciones de género. Es fundamental que los servicios de salud pasen a identificar y comprender el problema en profundidad para enfrentarlo de forma diferente del modo hegemónico que, sobre todo, reproduce la ideología opresora dominante⁽¹⁸⁾.

Este trabajo reveló una visión orientada por la ideología de la dominación masculina en relación a los significados que impregnan la determinación de la violencia de género. Ese aspecto puede determinar contradicciones en la base de la práctica que le es relacionada. Frente a la falta de preparación tecnológica de los servicios de salud para lidiar con el fenómeno de la violencia en la práctica es necesario realizar inversiones para que los profesionales se sientan capaces de crear estrategias de identificación e intervención en el colectivo, en conjunto con el Equipo de Salud de la Familia⁽¹⁹⁾.

Consideraciones Finales

Este trabajo analizó las concepciones de los profesionales de salud del PSF de Araraquara acerca de la violencia de género, fundamentada y articulada en las visiones del hombre y de la mujer. Los resultados mostraron que a pesar de los avances en el sentido de tener una visión más crítica al respecto de la influencia de los procesos de construcción de la masculinidad y de la feminidad en la identidad de género, coexisten con esta, visiones conservadoras, reafirmando estereotipos que está de acuerdo con el sentido común, reveladas, por ejemplo, en la concepción de hombre proveedor (racional, fuerte, que debe mandar), mujer reproductora (emocional, frágil, que debe obedecer), que nada más son que el refuerzo de los papeles establecidos socialmente.

Esa coexistencia de diferentes modos de comprender mujeres y hombres se debe a cambios que están sucediendo en las relaciones a partir de la mayor participación de las mujeres en el mundo público, lo que les permitió mejorar sus condiciones de autonomía. Además de esos cambios no haber sido radicales, ellos operan también transformaciones en su conducta y posiciones, tornándose más firmes en las relaciones que establecen

con los hombres, lo que contribuye para que poco a poco se redefinan sus papeles de género en el ámbito familiar.

Ese movimiento es sentido socialmente y colabora para que las transformaciones también ocurran en la concepción de género de los sujetos, una vez que el género es constituyente de la identidad. Considerándose que la subjetividad también es históricamente determinada, cuando los profesionales muestran concepciones de género más tradicionales o tímidamente más innovadoras, revelan también su repertorio de género e eso demuestra que se trata de sujetos en construcción.

Finalmente, parece importante reafirmar que considerar la violencia contra las mujeres como problema social implica no solo dar mayor visibilidad al problema como también pensar en una forma especial de abordar su enfrentamiento. Así, la concepción de la violencia como problema individual en consecuencia de alguna situación o circunstancia de la singularidad es contradictoria a su consideración como problema social que comprende que la violencia contra las mujeres tiene su origen en las relaciones sociales basadas en la desigualdad y, en un contrato social entre hombres y mujeres que implica la opresión de un género (el femenino) por parte del otro (el masculino).

Referencias

1. Convenção de Belém do Pará. 10 anos da adoção da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. In: Convenção de Belém do Pará. 3 ed. Brasília: Agende; 2005. p. 14-5.
2. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. 132 p.
3. Durand JG. Gestaçao e violência: estudo com usuárias de serviços públicos de saúde da grande São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP; 2006. 220 p.
4. 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/USP; 2003.142 p.
5. Guedes RN, Silva ATMC, Coelho EAC. Violência conjugal: problematizando a opressão das mulheres vitimizadas sob olhar de gênero. Rev Eletr Enferm. [Internet]. 2007;9(2):362-78. [acesso 15 março 2007]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a06.htm>
6. Andrade CJM, Fonseca RMGS. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(3):591-5. 05 dez 2010]; Disponível em:<http://www.scielo>.

br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300018&lng=en. doi: 10.1590/S0034-89102000000300018

7. Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2000 ;34(3):316-19 [acceso 05 dez 2010]; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300018&lng=en. doi: 10.1590/S0034-89102000000300018

8. Batista KBC. Violência contra a mulher e programa saúde da família: a emergência da demanda na visão dos profissionais [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003. 148 p.

9. Oliveira CC, Fonseca RMGS. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(4):605-12.

10. Gardim R. Araraquara sobe para 17ª no IDEE. Tribuna Imprensa. 31 de julho de 2004. [acesso 05 dez 2009]. Disponível em: <http://www.jornaldeararaquara.com.br/home.pas?codmat=18988&pub=2&edicao=twwqcvmqecqjx>

11. Scott J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. 2a ed. Recife: SOS Corpo; 1995. 26 p.

12. Louro GL. Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis: Vozes; 1997. 179 p.

13. Bourdieu P. A dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003. 160 p.

14. Siqueira MJT. Novas formas de paternidade: repensando a função paterna à luz das práticas sociais. In: Silva AL, Lago MCS, Ramos TR, editors. Falas de gênero. Florianópolis: Mulheres; 1999. p. 187-202.

15. Fonseca RMGS. Investigando, construindo e reconstruindo a enfermagem generificada através das Oficinas de Trabalho. In: Anais do 2o Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem: Trajetória Espaço-Temporal da Pesquisa; 2002. 28-31 outubro; Águas de Lindóia [CD-ROM]. São Paulo: EEUSP; 2002.

16. 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: Unesp; 2005. 184 p.

17. Heise L. Gender based abuse: the global epidemic.

Cad Saude Publica. 1994;10(Supl 1):135-45.

18. Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(3):625-31.

19. Fonseca RMGS, Egry EY, Leal AERB, Skubs T, Guedes RN. Violência doméstica contra a mulher na visão do agente comunitário de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009;17(6):974-80.

Recibido: 8.12.2009

Aceptado: 22.2.2011

Como citar este artículo:

Franzoi NM, Fonseca RMGS, Guedes RN. Violencia de género: concepciones de profesionales de los equipos de salud de la familia. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mayo-jun. 2011 [acceso: ____/____/____];19(3):[09 pantallas]. Disponible en: _____

URL

día
mes abreviado con punto
año