

Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família

CONSIDERATIONS ON DOMESTIC VIOLENCE, GENDER AND THE ACTIVITIES OF FAMILY HEALTH TEAMS

CONSIDERACIONES SOBRE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA, GÉNERO Y EL TRABAJO DE LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA FAMILIA

Clara de Jesus Marques Andrade¹, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca²

RESUMO

Este trabalho apresenta considerações sobre a violência doméstica contra as mulheres. Partindo do pressuposto que o fenômeno é baseado nas relações sociais de gênero, enfatiza a categoria analítica gênero como apropriada para uma abordagem aprofundada e consistente da questão. Considerando a promoção da saúde e a integralidade como eixos norteadores das ações, pretende fazer uma reflexão sobre a possibilidade do enfrentamento da violência doméstica a partir do trabalho das equipes do Programa de Saúde da Família. Aponta elementos que dificultam a abordagem da violência doméstica contra as mulheres, evidenciando a necessidade de reorganizar as práticas assistenciais, de capacitação dos profissionais de saúde e da realização de parcerias com instituições públicas e privadas, grupos de mulheres e famílias.

DESCRIPTORES

Saúde da mulher.
Violência doméstica.
Identidade de gênero.
Promoção da saúde.

ABSTRACT

This work presents considerations on domestic violence against women. Based on the assumption that this kind of violence is based on gender-based social relations, it emphasizes the analytical category of gender as appropriate for a consistent methodological approach of the problem. Considering health promotion and the person's integrality, as the guiding foundations of behavior and actions, this work intends to ponder on the possibility of confronting domestic violence from the work perspective of the Family Health Program teams. It points out factors that make it difficult to approach domestic violence against women to domestic violence against women. Thus, it evidences the need for reorganize health-care practices, health professionals' qualification and building partnerships between public and private institutions, and women and family groups.

KEY WORDS

Women's health.
Domestic violence.
Gender identity.
Health promotion.

RESUMEN

Este trabajo presenta consideraciones acerca de la violencia doméstica contra las mujeres. Partiendo del presupuesto que el fenómeno se basa en las relaciones de género, enfatiza la categoría analítica de género como apropiada para un abordaje profundo y consistente de este tema. Considerando la promoción de la salud y la integralidad como ejes guías de las acciones, pretende hacer una reflexión respecto a la posibilidad del enfrentamiento de la violencia doméstica a partir del trabajo de los equipos del Programa de Salud de la Familia. Señala elementos que dificultan el estudio de la violencia doméstica contra las mujeres, evidenciando la necesidad de reorganización de las prácticas asistenciales, de capacitación de los profesionales de salud y de la realización de un trabajo conjunto de instituciones públicas y privadas, grupos de mujeres y familias.

DESCRIPTORES

Salud de las mujeres.
Violencia doméstica.
Identidad de género.
Promoción de la salud.

¹ Doutoranda do Programa Interunidades de Pós-graduação em Enfermagem dos campi de São Paulo e Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil. clara@enf.ufmg.br ² Docente do Programa Interunidades de Pós-graduação em Enfermagem dos campi de São Paulo e Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo (EEUSP), São Paulo, SP, Brasil. rmgfon@usp.br

O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA AS MULHERES

A violência é considerada pelos estudiosos como um fenômeno complexo e de difícil conceituação e pode ser entendida como todo evento representado por relações, ações, negligências e omissões realizadas por indivíduos, grupos, classes e nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a outrem. As raízes da violência se encontram nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais⁽¹⁾.

Não se trata de fenômeno recente, exclusivo do mundo contemporâneo. A história mostra exemplos de violência cometida contra os *diferentes*, como as minorias de poder, negros, mulheres, crianças, idosos etc. Esta *diferença*, ao ser traduzida em *desigualdade*, tem propiciado e justificado as situações de violência que foram e ainda são perpetradas pelo ser humano. O que é recente é o interesse nesse fenômeno como área de estudos e pesquisas sociais.

Há aproximadamente três décadas, a violência passou a ser considerada questão de justiça e direitos humanos, sendo denunciada e investigada como resultado de políticas públicas e do trabalho de organizações não governamentais, e também de grupos de mulheres que, além de denunciar, procuram intervir principalmente no que tange à violência contra as mulheres⁽¹⁾. A partir da década de 90 a violência doméstica vem sendo concebida também como uma questão de saúde baseada nas relações de gênero⁽²⁾.

A Campanha Internacional de Ativismo, que vem sendo realizada há dezesseis anos, propõe o fim da violência contra as mulheres. É promovida e articulada por entidades feministas, associações de mulheres e de direitos humanos, órgãos governamentais, empresas públicas e privadas. Enfocando a responsabilidade de toda a sociedade e não só das mulheres, no enfrentamento da violência doméstica, a campanha representa um avanço no sentido de criar políticas públicas que tenham como alvo a redução da violência doméstica⁽³⁾.

No Brasil, em 07 de agosto de 2006, foi aprovada a Lei Maria da Penha, que altera o Código Penal Brasileiro e prevê pena para os agressores envolvidos em situações de violência doméstica. Representa um passo significativo para assegurar à mulher o direito à sua integridade física, psíquica, sexual e moral⁽⁴⁾ e pode ser considerado um avanço importante no enfrentamento do problema, mas, ao se restringir à penalização dos culpados, abrange apenas uma parte da questão. O risco é que pode levar a um desestímulo à reflexão e à busca de alternativas de transformação das situações de violência vivenciada pelas mulheres. Iniciativas como esta, ainda que fundamentais, devem ser articuladas a outras que garantam informações e reflexões sobre a violência doméstica nos vários

espaços onde transitam as mulheres. Isso porque a violência doméstica continua invisível para grande parte da sociedade, apesar do espaço que tem ocupado inclusive na mídia de uns tempos para cá.

A violência doméstica caracteriza-se por agressividade e coação, que correspondem a ataques físicos, sexuais e psicológicos, bem como à coação econômica que adultos ou adolescentes usam contra seus companheiros íntimos, praticados, sobretudo por maridos, companheiros, pais e padrastos, sendo considerada até poucos anos atrás um tabu. Não se falava nada a respeito e, sobretudo, nada se fazia para impedi-la⁽⁵⁾.

Nas agressões estão presentes lesões corporais graves, causadas por socos, tapas, chutes, amarramentos e espancamentos, queimaduras de genitália e mamas, estrangulamento e ferimentos com armas brancas, sendo os golpes direcionados para o rosto, braços e pernas das vítimas⁽⁵⁻⁶⁾.

Na maioria das vezes a mulher é vítima da violência doméstica sendo, o agressor, o companheiro íntimo, conforme dados do IBGE do final da década de 80, constatando que 63% das vítimas de agressões físicas ocorridas no espaço doméstico eram mulheres⁽⁷⁾. A violência física na vida adulta atinge de 20 a 50% das mulheres, apresentando um padrão centrado na violência doméstica, sendo o parceiro ou ex-parceiro o agressor, em aproximadamente 77,6% dos casos registrados⁽⁸⁾.

A violência sexual também é considerada violência doméstica se perpetrada por parceiro íntimo. A Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos define a violência sexual como uma ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal, ou a participar de outras relações sexuais com o uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule ou limite a vontade pessoal⁽⁷⁾.

Estudos revelam que a violência sexual é comum, porém ressaltam que há uma relativa invisibilidade deste tipo de violência nas denúncias apresentadas nas delegacias especializadas⁽⁸⁾. Uma possível explicação para esta situação pode ser as barreiras sócio-culturais presentes na vida das mulheres e que dificultam a elaboração e o compartilhamento das suas vivências de violência. Aliada a estas barreiras, a atuação dos serviços de saúde ainda é limitada nos casos de violência doméstica^(2,8).

A violência doméstica repercute na saúde das mulheres e em sua qualidade de vida e está associada à depressão, ao suicídio, ao abuso de drogas e álcool, a queixas vagas como cefaléia, distúrbios gastrintestinais e sofrimento psíquico em geral. Nestes casos, as mulheres procuram com mais frequência os serviços de saúde, mas paradoxalmente a violência não é contabilizada nos diagnósticos realizados⁽⁹⁻¹⁰⁾.

A partir da década de 90 a violência doméstica vem sendo concebida também como uma questão de saúde baseada nas relações de gênero.

Estudos internacionais apontam altas prevalências da violência doméstica nos serviços de saúde, uma vez que os episódios são repetitivos e tendem a se tornarem progressivamente mais graves, entretanto, apesar desta situação, a violência doméstica nem sempre é reconhecida pelos serviços de saúde⁽²⁾.

Considerando a saúde reprodutiva, a violência doméstica contra as mulheres está associada às dores pélvicas crônicas, doenças sexualmente transmissíveis, AIDS, doença inflamatória pélvica e gravidez indesejada^(2,10).

A violência doméstica contra as mulheres ocorre também com frequência durante a gravidez. A literatura mostra que de 4 a 25% das gestantes sofreram algum tipo de violência. Este percentual varia conforme a população estudada, as definições de violência e os métodos utilizados para identificá-la^(5,11). Neste caso, a violência física se caracteriza por golpes, chutes e pontapés dirigidos, principalmente, contra o abdômen da mulher⁽¹²⁾.

A gravidez pode funcionar como fator agravante ou como fator de proteção contra a violência doméstica⁽¹¹⁾. Estes estudos apontam ainda que a violência doméstica na gestação tem forte associação com a violência na infância e em gestações anteriores. Estes dados demonstram a complexidade e a circularidade da violência doméstica na vida das mulheres.

Estudos realizados no México⁽¹¹⁻¹²⁾ e no Brasil⁽¹³⁾ são concordantes em apontar a gravidade e a magnitude da violência doméstica na gestação e suas conseqüências para a mulher, o feto e o recém nascido. Confirmam a violência doméstica na gestação como um fator psicossocial relacionado à síndrome hipertensiva da gravidez, descolamento prematuro de placenta, depressão, tentativa de suicídio, baixa auto-estima da mulher e, em relação ao recém-nascido, são relacionados prematuridade e baixo peso ao nascer.

Além de contribuir para uma morbidade alta, a violência doméstica é um componente não reconhecido da mortalidade materna e alguns estudiosos propõem a ampliação do conceito de mortalidade materna incorporando a violência doméstica como um de seus determinantes⁽¹⁴⁾.

Os serviços básicos de saúde são importantes para detecção da violência devido à sua proximidade e ampla cobertura e a assistência pré-natal pode funcionar como um espaço importante para sua identificação⁽²⁾ representando a *porta de entrada* para se abordar a violência, estabelecendo vínculos com as mulheres e encorajando a notificação⁽¹⁰⁾.

Porém, para que ocorra visibilidade da violência doméstica na rede básica de saúde são necessárias mudanças organizativas no serviço e nas abordagens realizadas pelos profissionais, no sentido de não priorizarem apenas o cumprimento de metas e a execução das técnicas propostas pelos programas. Isto significa que devem ser estabelecidos diálogo e relações mais simétricas entre os profissionais e usuárias.

Estas relações mais simétricas no interior dos serviços de saúde possibilitam o acolhimento das mulheres e a tentativa de resolução das situações de violência. Para isto é necessário *re-trabalhar* os programas assistenciais, explorar distintas concepções de feminino, diferentes saberes e diversas estratégias de luta e acomodação, buscando alternativas mais eficazes para o trabalho⁽⁹⁾. Assim, somente uma postura profissional que não seja apenas tecnicamente correta, mas que procure também ser baseada no diálogo e no reconhecimento do outro como sujeito, poderá criar este tipo de relação nos serviços de saúde.

Relato de experiência de parteiras na identificação de mulheres maltratadas na gravidez confirma que uma escuta atenta, o acolhimento e o estabelecimento de relações de confiança com as mulheres possibilitam que elas falem sobre sua situação e procurem ajuda⁽¹²⁾.

Em situações de trabalho de grupo, no momento em que se sentem acolhidas, as mulheres falaram espontaneamente sobre a violência sofrida. A fala de uma delas propiciou a emergência de outros relatos de violência, funcionando como uma *bola de neve*. Isto denota que as mulheres se dispõem a falar sobre sua situação, desde que sintam a possibilidade de uma escuta atenta e o acolhimento de seus problemas, mesmo sem a garantia de resolução dos mesmos⁽⁹⁾.

GÊNERO COMO CATEGORIA DE ANÁLISE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Para ser compreendida, em toda sua complexidade, a violência contra as mulheres deve ser entendida como violência de gênero e sua análise deve ser feita não apenas em termos de atos individuais, porque ela é antes de tudo

reflexo de uma desigualdade social, econômica e política que é perpetuada pelos aparatos sociais que reforçam ideologias sexistas, racistas e classistas⁽⁵⁾.

As raízes da violência nas relações de gênero se situam nas próprias relações entre homens e mulheres, sendo a violência um aspecto perverso de tais relações, na medida em que anula a relação entre *dois sujeitos* e reduz um dos pólos da relação à condição de *objeto*. Assim, muitas vezes, as questões de gênero e violência são convergentes, sendo tratadas como uma mesma definição conceitual⁽⁹⁾.

Gênero é uma categoria de análise que, à luz das relações de poder, explica as diferenças biológicas e socialmente construídas entre mulheres e homens. A análise destas relações mostra que o exercício do poder se dá de forma desigual entre os sexos, sendo que as mulheres ocupam posições subalternas e secundárias⁽¹⁵⁾.

O referencial teórico de gênero considerando as relações que se estabelecem entre os sujeitos,

ênfatisa a pluralidade e conflitualidade dos processos pelos quais a cultura constrói e distingue corpos e sujeitos femininos e masculinos e isso se expressa pela articulação de gênero com outras *marcas* sociais como classe, raça/etnia, sexualidade, geração, religião, nacionalidade⁽¹⁶⁾.

Ao ser incorporado na discussão da violência contra a mulher, o referencial de gênero possibilita uma compreensão aprofundada do fenômeno, uma vez que implica considerar que as relações entre homens e mulheres não são apenas baseadas na biologia, sendo os gêneros masculino e feminino construídos socialmente e variando conforme a cultura na qual estão inseridos⁽⁵⁾.

Esta situação de subalternidade que configura e agrava a violência contra a mulher está relacionada à sua capacidade de autodeterminar-se sexual e socialmente. A mulher se torna mais vulnerável ao abuso físico e emocional masculino na medida em que não é *sujeito* de sua própria vida.

O TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESPAÇO DE REFLEXÃO E ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A literatura consultada apresenta a violência doméstica contra as mulheres como um problema complexo e invisível, no entanto, presente e recorrente nos serviços de saúde, de difícil abordagem. De um lado estão os serviços que, em geral, não apresentam condições técnicas e organizativas de atender esta demanda específica e os próprios profissionais de saúde se sentem impotentes para lidar com um problema tão complexo e de outro, a dificuldade das mulheres em falar sobre sua vivência de violência.

Pesquisa sobre as práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual aponta a necessidade de se *discutir a questão da violência doméstica na cotidianidade dos serviços de saúde*⁽¹⁷⁾, capacitando os profissionais e estabelecendo parcerias com outros serviços. Isto porque a violência doméstica, dada a sua complexidade e contradições, pressupõe uma abordagem e intervenções interdisciplinares e intersetoriais. Discutindo as dificuldades para se abordar a violência doméstica, essa pesquisa aponta também a necessidade de se reorganizar as práticas assistenciais considerando que a violência doméstica deve ser abordada de forma interinstitucional em suas dimensões estrutural, singular e particular.

O Programa de Saúde da Família (PSF) pode ser entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial vigente no Brasil, mediante a implantação de

equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, que se responsabilizam pelo acompanhamento de um determinado número de famílias, residentes em uma área geográfica delimitada. As equipes devem atuar com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Caracterizam-se, entre outros aspectos, por estabelecer vínculos de compromisso e co-responsabilidade com a população e por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde das famílias⁽¹⁸⁾.

Ao se conhecer a situação de vida das mulheres em situação de violência, os profissionais podem iniciar ações de promoção de saúde. Para tanto, é necessário um trabalho de parceria com diversos setores da sociedade, uma vez que a solução não pode ser buscada somente na família ou nas equipes de saúde. O enfrentamento da violência doméstica contra a mulher exige, além da definição de políticas públicas por parte do Estado, a ação articulada e parcerias entre os serviços de saúde e demais equipamentos sociais como escolas, igrejas, polícia, delegacias especializadas, associações de bairro, grupos de mulheres⁽¹⁷⁾.

A promoção da saúde, entendida como um dos eixos norteadores da atenção básica demanda uma ação coordenada entre governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, indústria e mídia. A promoção da saúde, como entendida nos últimos 25 anos, parte de uma concepção ampla do processo saúde doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para o enfrentamento e resolução dos vários agravos à saúde⁽¹⁹⁾. Nesta perspectiva, na medida em que se caracteriza como um espaço de promoção da saúde o PSF tem sob sua responsabilidade questões como violência doméstica contra as mulheres, devendo funcionar como instância de reflexão e articulação de estratégias para seu enfrentamento.

Os profissionais de saúde da família têm como maior desafio na prática cotidiana a superação do monopólio do diagnóstico de necessidades e de se integrar à *voz do outro*, mudando a relação de poder técnico-usuário, evidenciando o ser social, com vida plena e digna como expressão de seu direito. Isto representa uma transformação na postura dos profissionais das equipes de saúde da família, transformação esta que é *potencial construtora de vínculo, aproximando quem oferece ou presta serviço de quem o recebe*⁽²⁰⁾.

A mulher se torna mais vulnerável ao abuso físico e emocional masculino na medida em que não é *sujeito* de sua própria vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta teórica do Programa de Saúde da Família apresenta as condições para o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher, considerando a promoção da saúde e a intersetorialidade como eixos condutores das ações. No entanto, na prática cotidiana, elementos como o *despreparo e qualificação insuficiente dos profissionais para atuar no PSF e dificuldade da interação de novos saberes e práticas para ações coletivas*, dificultam a implantação do PSF e conseqüentemente a atuação das equipes garantindo o acolhimento e o vínculo⁽²⁰⁾.

REFERÊNCIAS

1. Souza ER. Processos, sistemas e métodos de informação em acidentes e violências no âmbito da saúde pública. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. p. 255-73.
2. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Júnior I, Pinho AA. A violência contra a mulher: um estudo em uma unidade de atenção primária. Rev Saúde Pública. 2002;36(4):470-7.
3. Adesse L. 25 de novembro: Dia Internacional da não Violência Contra a Mulher [editorial]. Rev Saúde Sex Reprod [periódico na Internet]. 2006[citado 2007 jan. 10]; (26):[cerca de 2 p.]. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/revista/nov06.html>.
4. Dias MB. A violência doméstica na Justiça. Rev Saúde Sex Reprod [periódico na Internet]. 2006 [citado 2007 jan. 10]; (25):[cerca de 9 p.]. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/revista/set06.html#tres>.
5. Giordani AT. Violências contra a mulher. São Paulo: Yendis; 2006.
6. Grossi PK. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, organizadoras. Gênero e saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 133-49.
7. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Violência contra a mulher. São Paulo; 2001.
8. Dantas-Berger SM, Giffin, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? Cad Saúde Pública. 2005;21(2):417-25.
9. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: Giffin K, Costa SH, organizadoras. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. p. 337-55.
10. Cavalcanti LF, Gomes R, Minayo MCS. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006;22(1):31-9.
11. Castro R, Ruiz A. Prevalence and severity of domestic violence among pregnant women, Mexico. Rev Saúde Pública. 2004;38(1):62-70.
12. Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L, Hernandez-Tezoquipa I. Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. Salud Pública Mex. 2004;46(1):56-63.
13. Menezes TC, Amorim MMR, Santos LC, Faúndes A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. Rev Bras Ginecol Obstet. 2003;25(5):309-16.
14. Espinoza H, Camacho AV. Maternal death due domestic violence: na unrecognized critical component of a maternal mortality. Rev Panam Salud Pública. 2005;17(2):455-9.
15. Fonseca RMGS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(4):450-9.
16. Meyer DE. Gênero e educação: teoria e política. In: Louro GS, Felipe J, Goellner SV, organizadoras. Corpo, gênero e sexualidade. Petrópolis: Vozes; 2005. p. 9-27.
17. Oliveira CC. Práticas dos profissionais de saúde da família voltadas para mulheres em situação de violência sexual: uma abordagem de gênero [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Saúde da Família: uma estratégia de reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997.
19. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc Saúde Coletiva. 2000;5(1):163-7.
20. Gomes MCP, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface Comun Saúde Educ. 2005;9(17):287-301.