

Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial

Violence against women: the limits and potentialities of care practice

Ethel Bastos da Silva¹

Stella Maris de Mello Padoin¹

Lucila Amaral Carneiro Vianna²

Descritores

Violência contra a mulher; Programa saúde da família; Enfermagem em saúde pública; Enfermagem em atenção primária; Enfermagem prática

Keywords

Violence against women; Family health program; Public health nursing; Primary care nursing; Nursing, practical

Submetido

11 de Dezembro de 2013

Aceito

18 de Dezembro de 2013

Autor correspondente

Ethel Bastos da Silva,
Av. Independência, 3751, Palmeira das
Missões, RS, Brasil.
CEP: 98300-000
ethelbastos@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Analisar as situações limitadoras e potencializadoras da prática assistencial das equipes de Saúde da Família à mulher em situação de violência.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa participante com 30 profissionais de seis equipes de saúde da família. A produção dos dados foi resultado de oito reuniões-oficinas. A análise dos dados se deu segundo a técnica de conteúdo temática.

Resultados: O acolhimento mostra-se potencializado com a escuta qualificada e elaboração de plano assistencial compartilhado com a usuária respeitando sua decisão e seu contexto familiar. Está limitado pelo entendimento de que a mulher deve relatar a violência para que seja possível propor uma intervenção. Recomenda-se retomar conceitos e práticas de gênero, direitos humanos e sociais para fortalecer ações acolhedoras.

Conclusão: A visita domiciliar e o vínculo entre os profissionais e a usuária são considerados potencializadores do acolhimento e, como limite, observa-se a dificuldade de obter o relato da mulher que sofreu violência e de comprometê-la em um projeto assistencial.

Abstract

Objective: Analyzing the limiting and potentializing situations during the assistance of the Family Health teams to women in situations of violence.

Methods: This is a participatory research carried out with 30 professionals from six Family Health teams. Data production was the result of eight workshop-meetings. The technique of thematic content was used for data analysis.

Results: User embracement is potentialized by qualified hearing and the elaboration of an assistance plan shared with users also respecting their decisions and their family context. It is limited by the understanding that women should report the violence to enable the proposition of an intervention. It is recommended to resume concepts and practices of gender as well as human and social rights to strengthen supportive actions.

Conclusion: Home visits and the bonding between professionals and users are considered potentializers of user embracement and the limitation is the difficulty of obtaining the report of women who suffered violence and engage them in a care project.

¹Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões, RS, Brasil.

²Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A violência contra a mulher passou a ser considerada problema de saúde e de saúde pública em 1996, e como uma questão global.⁽¹⁾ Caracterizada também como violência de gênero por estar atrelada a estereótipos de comportamento desiguais de gênero masculino e feminino construídos socialmente de acordo com a cultura e época.⁽²⁾

No Brasil, o problema é tratado como uma questão de saúde com ações direcionadas à assistência interdisciplinar às mulheres as quais ocorrem com inúmeros desafios, especialmente nas ações que identificam os casos nos diversos tipos de serviços de saúde e na articulação das práticas assistenciais curativas e preventivas.⁽²⁾

As práticas assistenciais são voltadas ao tratamento das consequências da violência, sobretudo aos danos físicos e psicológicos, reforçando a ideia de que seria esta a face do problema que caberia ao setor. Essa perspectiva baseia-se no modelo de saúde fortemente alicerçado na biologia, o que dificulta o desenvolvimento de uma prática social, a qual requer conhecimento e habilidades tecnológicas que não são de domínio de todos os profissionais.⁽³⁾

A Atenção Básica de Saúde é um dos setores de saúde que visa atender as mulheres em situação de violência a partir do reconhecimento dos casos confirmados e suspeitos. Essas ações incluídas no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher oportunizam acolher a violência juntamente com outras demandas da mulher, tornando-se parte da prática assistencial.⁽⁴⁾

O conhecimento dos limites e das potencialidades da prática assistencial das Equipes de Saúde da Família são questões que subsidiam reflexões para o planejamento de ações que transformem e fortaleçam as fragilidades evidenciadas, incluindo quase sempre uma revisão do modelo assistencial e das diretrizes que pautam as práticas.⁽⁵⁾

O acolhimento como postura e prática promove a construção da relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, objetivando as respostas resolutivas aos problemas identificados através da escuta. Esse pressuposto é a base para

uma prática assistencial mais assertiva à mulher em situação de violência.

Diante do exposto, o estudo buscou analisar as situações limitadoras e potencializadoras da prática assistencial das equipes de saúde da família à mulher em situação de violência.

Métodos

O desenho da pesquisa é pesquisa participante cujo enfoque é a construção e troca de conhecimento coletivo com a integração entre o saber prático e o científico. A pesquisa participante promove a análise grupal do conhecimento e a forma como vai ser utilizado na realidade; examina criticamente a informação, estabelece as causas dos problemas, as possibilidades de solução, e propõe encaminhamentos.

O estudo foi realizado nos meses de setembro a dezembro de 2012, em um município situado na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

Foram incluídos 30 profissionais ativos, entre os 67 que participam das equipes de saúde da família. Salienta-se que neste tipo de estudo o critério da representatividade do grupo se dá qualitativamente tendo em vista representação social que eles tem para o tema investigado.

Os dados foram coletados como se segue: 1) realização de Seminário Introdutório com apresentação do projeto e aplicação de um questionário com questões sociodemográficas. O grupo foi dividido em cinco subgrupos, os quais discutiram o tema violência contra a mulher e a prática assistencial no contexto do estudo; 2) análise crítica dos problemas considerados prioritários com a realização de dois encontros: no primeiro discutiram-se as situações limitadoras e potencializadoras da prática assistencial. No segundo discutiram-se os problemas, causas, soluções e ações para enfrentamento desses e 3) programação e execução de um plano de ação, seguiram-se de mais dois encontros, três oficinas pedagógicas e o Seminário Final. Nos encontros foram elaborados o problema da prática e o planejamento das oficinas pedagógicas. O seminário final objetivou avaliar o conhecimento e a transformação da prática assistencial.

Os dados foram gravados, transcritos e posteriormente analisados pelo método de análise de conteúdo de Bardin.

O desenvolvimento do estudo atendeu as recomendações nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Acolhimento, vínculo e visita domiciliar: potencialidade para a prática

Os participantes oferecem a unidade das equipes de saúde da família às mulheres que sofrem violência como local de atendimento e encaminham à enfermeira e ou à equipe para atender.

Ao elaborarem o projeto de enfrentamento com a mulher, os profissionais respeitam a decisão e o contexto em que elas vivem, como o desejo da reabilitação do marido quanto ao alcoolismo, o que é constatado na fala:

Teve um caso que [...] ela achava melhor nós internar ele, fazer uma internação compulsória para tratar o alcoolismo e a dependência química do que fazer registro na polícia. Eu orientei bem certo quais eram os serviços, mas acabei concordando com ela, [...] então optamos por tratar o alcoolismo e depois, quem sabe, se continuar, aí sim.

Avaliar a situação de risco com a mulher e propor medidas de segurança e encaminhamento a locais protegidos é outra intervenção citada:

Avaliar situação de risco, [...] na realidade avaliar toda a situação de risco significa ver o caso, repensar junto com a pessoa agredida, porque muitas vezes ela vai para casa, não denuncia e não chega a voltar para a gente, porque ela morre. Então, avaliar a situação de risco e, muitas vezes, o serviço social nem pode deixar mais voltar para casa. Eu acho que deveria proteger a vítima.

Na assistência singular como prática assistencial, considerando as especificidades de cada caso, o protocolo deve ser avaliado e usado sem rigor, o que é confirmado nesta fala:

Nós tivemos quatro casos lá e as ações foram diferentes, bem particular de cada situação, de cada família e das possibilidades que a família tem.

O vínculo dos profissionais é uma condição para escuta e relato da violência, como se pode observar na fala:

Vínculo da equipe com as famílias, [...], a pessoa confia mais para falar, o contato direto com os agentes comunitários e as famílias, o comprometimento da equipe com os casos.

A visita domiciliar é um recurso para detectar a violência contra a mulher. Durante o cotidiano de trabalho, conseguem identificar os sinais da violência e abordar a mulher, o que é confirmado com a fala:

Notificação compulsória, atendimento pelo relato e pelo desabafo: limites da prática

Quanto à notificação compulsória, o grupo menciona que não é padronizada em todas as unidades e nem todos os profissionais sabem como usá-la. O setor de Vigilância Epidemiológica não registra no Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN), não sendo possível visibilizar os casos.

O atendimento, pelo relato na unidade de saúde, é uma condição que limita a atuação dos profissionais, porque as mulheres não expressam a violência vivida, o que é confirmado na fala:

Difícilmente vá chegar uma mulher lá no posto falando para todo mundo que o marido bateu. É até... Muitas vezes, a pessoa até percebe que ela tá com alguma marca, e pergunta o que aconteceu. E ela fala que bateu em algum lugar, caiu, mas dificilmente a mulher admite que foi espancada pelo marido [...] Muitas têm vergonha, porque não é fácil chegar num lugar, entre pessoas estranhas, e falar da intimidade delas e dizer que o marido bate, que o marido agride.

Os profissionais percebem o relato da violência como um desabafo e identificam que as mulheres não desejam seguir com um plano de enfrentamento da violência, situação expressa nas falas:

Discussão

Os limites do resultado deste estudo referem-se ao desenho da pesquisa cujo material empírico é o dis-

curso coletivo dos participantes quanto ao tema violência contra a mulher que pode ser passível de viés do sujeito.

Os resultados contribuem para que enfermeiros reflitam sobre prática assistencial das equipes de saúde da família à mulher em situação de violência na perspectiva do acolhimento apontando potencialidades e limites que precisam ser superados.

O acolhimento apresenta-se em três dimensões: postura, técnica e de reorientação dos serviços.⁽⁶⁾ Integra-se a esses planos a noção de humanização nas relações entre trabalhadores e usuários. O acolhimento é incorporado à acessibilidade organizacional, que, por sua vez, deve ter estratégias que facilitem a entrada da usuária no Serviço.⁽⁶⁾ É essencial que a mulher perceba que o serviço se interessa pelo seu problema e que a equipe deseja apoiá-la no enfrentamento.⁽⁷⁾ Esse suporte é dado pelo enfermeiro, considerado detentor de um bom conhecimento de manejo em casos confirmados de violência contra a mulher. A responsabilidade na organização do serviço na unidade faz com que essa categoria profissional se comprometa, repasse o conhecimento e trabalhe em equipe multidisciplinar.⁽⁸⁾ O acolhimento, como postura, deve acontecer em qualquer local e em qualquer momento da prática.⁽⁶⁾ É preciso cuidar ao determinar os locais e os profissionais para acolherem a mulher na unidade de saúde da família, para não confundir com triagem.

É possível acolher a mulher em situação de violência por meio da proposição de um plano de ação que respeite a decisão da própria mulher.⁽⁷⁾ Orientações como a denúncia do agressor, medidas protetivas como o afastamento dele da casa e o apoio de instituições são informações que ela precisa receber, mas a decisão final é dela.⁽¹⁾ A mulher pode escolher entre seguir ou não as orientações. Punir o agressor de acordo com a legislação nem sempre será a sua primeira opção. Para a mulher a dependência química e de bebidas alcoólicas são vistas como deflagradoras de episódios de violência por parceiro íntimo, e o tratamento pode resolver. Essa concepção faz com que a opção seja o encaminhamento do parceiro ao tratamento. Os profissionais precisam

estar preparados para compreender a perspectiva da mulher e, assim, incluir o agressor no plano de enfrentamento, deixando o aspecto punitivo e educativo da legislação para outro momento da assistência.⁽⁹⁾ Esse modo de intervir mostra a capacidade que os profissionais têm de se colocar no lugar do outro, evidenciando a dimensão do acolhimento como postura na relação de ajuda. A receptividade e solidariedade com que os profissionais recebem as demandas da mulher facilitam o diálogo.⁽⁶⁾ No entanto, destaca-se que o acolhimento não pode ser visto como recepção e bondade.

Ao avaliar o risco, os profissionais utilizam o dispositivo técnico-assistencial do acolhimento no qual se supõe considerar as percepções do usuário sobre suas condições de adoecimento. A avaliação da situação de risco foi mencionada em estudo realizado na região sudeste do Brasil com encaminhamento ao setor de Assistência Social.⁽⁸⁾ A mulher em risco de morte pode ser encaminhada a abrigos, e aquela com ideação ou tentativa de suicídio, a atendimento especializado. Ainda, recomenda-se identificar junto à mulher formas de proteção e recursos próprios, da família e da comunidade, que possam ampará-la na iminência de uma violência severa.⁽¹⁾

Quanto à assistência singular, a diversidade de situações de violência mostra a necessidade de planos de solução distintos, de tal forma que um protocolo padrão e fixo não seria recomendado.⁽⁴⁾ Protocolos tradicionais com orientações tecnicistas de ação impedem que o problema seja abordado por meio da escuta qualificada. A resposta mais apropriada à demanda seria instituir, na prática assistencial, tecnologias leves que considerem a inter-relação e intersubjetividades para com a usuária.⁽³⁾ A escuta e o diálogo entre profissional e usuária buscam a identificação das demandas e das soluções alternativas que se traduzem em formas de lidar com a situação, as quais são próprias para cada condição.⁽⁷⁾ O atendimento singular se baseia na elaboração de projetos terapêuticos individuais, com equipes de referência responsáveis, o que é preconizado pelo acolhimento como postura e prática.

Na análise do vínculo, os profissionais se aproximam das usuárias e estabelecem uma relação

acolhedora por meio da escuta empática, o vínculo se constrói e promove o relato da violência vivida. Essa construção é observada por parte do agente comunitário de saúde.⁽¹⁰⁾ O estabelecimento do vínculo e a escuta dialógica à mulher em situação de violência é uma prática assistencial potencial, mas, muito ainda é preciso fazer para garantir um acolhimento eficiente.⁽⁵⁾ Pois, mesmo com o vínculo entre o profissional e a usuária do serviço e os sinais evidentes da violência, dificilmente a mulher assume que o ferimento foi provocado pelo parceiro.⁽⁸⁾ O vínculo precisa ser utilizado para concretizar o projeto de enfrentamento da violência, visto que, por si só, não consegue uma transformação qualitativa da vida das mulheres.⁽⁵⁾

A visita domiciliar foi considerada uma das atividades referidas pelos profissionais deste estudo para o reconhecimento da violência, assim como por profissionais de outra unidade de básica de saúde.⁽⁵⁾ A frequência com que os agentes comunitários de saúde que visitam as famílias que estão sob seus cuidados e a forma como dialogam e participam da vida dessas pessoas faz com que construam uma relação comprometida com um projeto de melhoria de vida. Esse contato próximo, de confiança, somado à formação profissional centrada em ações de promoção à saúde, o torna apto para detectar e acolher questões como a violência contra a mulher.⁽¹⁰⁾ Nesse aspecto, sugere-se que as ações sejam informar às mulheres sobre os direitos e serviços disponíveis na comunidade e externos a ela.⁽¹⁰⁾

Os médicos não foram mencionados como integrantes no acolhimento, porque não participaram das discussões. Alguns estudos trazem o médico como profissional que dá suporte à equipe nas questões clínicas da situação; eventualmente um ou outro por ser mais sensível, consegue abordar o agravamento com uma escuta qualificada, mas não considera essa prática como conduta de rotina que deve ser discutida e melhorada.^(3,11)

Na legislação brasileira, a Lei Maria da Penha contribuiu para o incremento do reconhecimento da violência e, como consequência, a notificação como conduta, em serviços de saúde.⁽⁹⁾ Para incentivar a adoção da notificação nos serviços, no ano de 2011 foi publicada uma portaria que defi-

ne a notificação compulsória de doenças, agravos e eventos em todo o território nacional e estabelece o fluxo, critérios e responsabilidades dos profissionais.⁽¹¹⁾ O descaso do serviço de vigilância quanto à implementação da notificação e do registro no sistema pode ser justificado pela visão dos profissionais em relação ao problema, não considerado como prioridade, e subestimando a realidade desse contexto. A gestão municipal não apresenta uma política institucional comprometida com o combate à violência contra a mulher, não atendendo à dimensão do acolhimento como reorganização do serviço.⁽⁹⁾

Estudos revelam que as mulheres vão até a unidade de saúde ou são visitadas por profissionais das equipes de saúde da família não falam sobre a violência sofrida.^(3,5,10) Uma das possibilidades é que as mulheres não relatam porque a atenção que recebem é quase sempre quanto aos problemas físicos, portanto não compreendem a violência como uma demanda a ser atendida na unidade.⁽⁵⁾ Além disso, a falta de privacidade no local do acolhimento, pode também ser o motivo para as mulheres não relatarem sobre a violência. A violência é descoberta sem intenção, frequentemente em consultas para avaliação de quadros depressivos ou uso excessivo do serviço.⁽¹²⁾

Constata-se uma dificuldade tanto das mulheres em relatar a violência como dos profissionais em perguntar e acolher. O silêncio da mulher que não relata a violência é considerado problema unicamente da mulher, e não de responsabilidade do profissional; investigar um caso suspeito requer muito empenho e isso não cabe nas condições da prática assistencial.⁽³⁾ A quietude da mulher e a ausência de uma política institucional são obstáculos identificados por profissionais deste e de outro estudo para acolher.⁽¹³⁾

O desabafo para a mulher pode significar um momento de acolhida, em que ela pode falar com alguém sobre o que vivencia, e talvez diminuir a ansiedade. Para algumas mulheres o simples fato de estar na unidade e de ser ouvida é a única possibilidade de enfrentamento.⁽⁵⁾ Isto, porque sua rede social é limitada a familiares e amigos, os quais nem sempre estão solidários a acolher.⁽¹⁴⁾ Há declarações

espontâneas de relato de violência vivenciada pelas mulheres mais como um acesso à escuta oferecida pelo serviço do que propriamente como uma demanda de saúde. É preciso transformar a expressão da violência como demanda de saúde e desdobrá-la em acolhimento.

A conduta prescritiva de alguns profissionais não constrói um projeto de enfrentamento que leve em consideração as necessidades e subjetividades da mulher.⁽⁵⁾ Os sinais de violência de gênero mais sutis raramente são interpretados como problema pelo profissional. A ausência de compromisso profissional com o problema em si reitera a ideia de que a mulher é responsável pela situação, portanto ela mesma deve resolver e a solução está fora da unidade básica de saúde.⁽⁸⁾

Conclusão

A visita domiciliar e o vínculo entre os profissionais e a usuária são considerados potencializadores do acolhimento e, como limite, observa-se a dificuldade de obter o relato da mulher que sofreu violência e de comprometê-la em um projeto assistencial.

Agradecimentos

Pesquisa realizada com apoio da bolsa de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Dinter Novas Fronteiras-Universidade Federal de São Paulo -UNIFESP/ Escola de Enfermagem Anna Nery - EEAN/ Universidade Federal de Santa Maria - UFSM/ Auxílio CAPES, processo 2014/2009.

Colaborações

Silva EB contribuiu com a concepção do projeto, execução da pesquisa e redação do artigo. Padoin SMM e Vianna LAC contribuíram com a concepção do projeto, execução da pesquisa, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
2. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Portella AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da saúde coletiva: conquistas e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(4):1019-27.
3. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médicos sociais e a intervenção em saúde: a violência contra as mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(3):1943-52.
4. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Hanada H, Kiss L. Assistência a mulheres em situação de violência –da trama de serviços à rede intersetorial. *Athenea*. 2012;12(3):237-54.
5. Guedes RN, Fonseca RM, Egry EY. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia de Saúde da Família para a violência de gênero. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):304-11.
6. Camargo Junior KR, Campos EM, Bustamante-Teixeira M, Mascarenhas MT, Mauad NM, Franco TB, et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad Saúde Pública*. 2008;24 Suppl1:S58-S68.
7. D'Oliveira AF, Scharaiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero- uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(4):1037-50.
8. Vieira EM, Ford NJ, De Ferranti FG, Almeida, AM, Daltoso, D. Santos MA. A The response to gender violence among Brazilian health care professionals. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(3):681-90.
9. Alves ES, Oliveira DL, Maffacioli R. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento a violência doméstica em Porto Alegre. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(3):141-7.
10. Signorelli MC, Auad D, Pereira PP. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013; 9(6):1230-40.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o Regulamento Sanitário Internacional de 2005 (RSI), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo nacional e estabelece fluxo, critérios e responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis.../gm/2011/prt0104_25_01_2011.html.
12. Villela WV, Viana LA, Lima LF, Sala DC, Vieira TF, Vieira ML, Oliveira EM. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saude Soc São Paulo*. 2011; 20(1):113-23.
13. Vieira EM, Perdona GC, Almeida AM, Nakano MA, Santos MA, Daltoso D, De Ferrante FG. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero *Rev Bras Epidemiol*. 2009;12(4): 566-77.
14. Menghehl SN, Bairos F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Collazoli ME. Rotas Críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(4):743-52.