

OS REGISTROS PROFISSIONAIS DO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL E A (IN)VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER

Professional records of prenatal care and the (in) visibility of domestic violence against woman.

Los Registros Profesionales de la atención prenatal y la (In) Visibilidad de la violencia doméstica contra la mujer.

Elisiane Gomes Bonfim¹

Marta Julia Marques Lopes²

Marcele Peretto³

RESUMO

Trata-se de estudo qualitativo que utilizou pesquisa documental na coleta dos dados. Aborda a violência doméstica contra a mulher, considerando a atenção pré-natal pública. Objetiva-se identificar e analisar condutas e estratégias utilizadas por profissionais de saúde durante o pré-natal, na suspeita de casos e na violência declarada, e discutir a problemática dos atendimentos às gestantes em situação de violência, na perspectiva dos registros. Foram pesquisados 784 prontuários de gestantes cadastradas em 2006, em 12 Serviços de Atenção Básica de Porto Alegre. Identificaram-se 20 registros de violência contra a mulher, 10 anteriores ao pré-natal, 7 durante o pré-natal e 3 no pós-natal. Constatou-se que a violência aparece descontextualizada, e a conduta centrou-se nas consequências sobre a saúde física e psicológica da mulher e dos filhos. A violência não é registrada como agravo à saúde da mulher, gerando omissões no atendimento, sub-registro e invisibilização; conseqüentemente, inviabiliza-se a elaboração de estratégias de enfrentamento.

Palavras-chave: Violência contra a Mulher. Cuidado Pré-natal. Saúde da Mulher. Atenção Primária à Saúde.

Abstract

It is a qualitative study that utilized documentary research in the collection of data. It approaches the domestic violence against woman considering the public pre-natal care. It aims at identifying and analyzing the conducts and strategies utilized by health professionals during the prenatal in the suspicion of violence cases and in the declared violence besides discussing the problem of care of pregnant women under violence condition from the perspective of the records. The research focused on 784 records of pregnant women registered in 2006 at 12 Basic Health Care Services in Porto Alegre. 20 records of violence against woman were identified, 10 out of them were upon the prenatal, 07 during the prenatal and 03 at the postnatal. It has been found out that violence appears out of context and the conduct was centered in the consequences on the physical and psychological health of the woman and the children. Violence is not registered as an offense to the woman's health; thus, it generates omissions in the attendance, sub-registration and invisibility so as to make the elaboration of confronting strategies non-feasible.

Keywords: Violence against Woman. Prenatal Care. Woman's Health. Primary Health Care.

Resumen

Se trata de estudio cualitativo que utilizó la pesquisa documental para la recolección de los datos. Aborda la violencia doméstica contra la mujer tomando en consideración la atención prenatal pública. El objetivo fue identificar y analizar las conductas y estrategias utilizadas por los profesionales de la salud durante el prenatal, en la sospecha de casos de violencia y en la violencia declarada, y discutir la problemática de los atendimientos a las mujeres embarazadas en situación de violencia, bajo la luz de los registros. Se analizaron 784 registros de mujeres embarazadas registrados en 2006 en 12 Centros de Servicios de Atención Básica de Porto Alegre. Se identificaron 20 registros de violencia contra la mujer, 10 anteriores al periodo prenatal, 07 durante el periodo prenatal y 03 durante el periodo posnatal. Fue constatado que la violencia aparece descontextualizada y la conducta se centró en las consecuencias sobre la salud física y psicológica de la mujer y de los hijos. La violencia no es registrada como un agravante de la salud de la mujer, provocando omisiones en el atendimento, subregistro y la franca invisibilidad, causando como consecuencia, la imposibilidad de desarrollar estrategias para enfrentar la violencia.

Palabras clave: Violencia contra la Mujer. Atención prenatal. Salud de la Mujer. Atención Primaria de Salud.

¹Enfermeira especialista, mestranda em Enfermagem, Bolsista CAPES, Escola de Enfermagem UFRGS. Brasil. E-mail: elisianegomes@hotmail.com, ²Doutora em Sociologia, Professora Titular Departamento Assistência Orientação Profissional, Escola Enfermagem UFRGS. Brasil. E-mail: marta@enf.ufrgs.br, ³Acadêmica de Enfermagem, Bolsista Iniciação Científica, Escola de Enfermagem UFRGS. Brasil. E-mail: marcyenf@gmail.com

INTRODUÇÃO

Este artigo integra o projeto Observatório de Causas Externas na Atenção Básica de Saúde do Município de Porto Alegre, com apoio financeiro do CNPq, e fundamenta-se em dissertação de mestrado.¹ Aborda a temática da violência doméstica contra a mulher na perspectiva dos registros dos atendimentos pré-natal na rede de Atenção Básica.

A violência contra a mulher é definida como “qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como na esfera privada”^{1e:91}. Do ponto de vista diagnóstico, a violência contra a mulher está incluída nas causas externas de morbimortalidade.

Segundo estudos, as mulheres durante a gestação são mais suscetíveis de sofrerem agressão que mulheres não grávidas. Concluem também que existe uma mudança nos padrões de violência durante essa fase.³⁻⁴ Nesse sentido, a gestação pode ser considerada uma fase particularmente vulnerável, que agrava ainda mais as repercussões do ciclo da violência.^{5,2}

Este estudo centrou-se na violência doméstica contra a gestante, caracterizada como “violência física, sexual, psicológica ou emocional ou ameaça de violência, que é dirigida às mulheres grávidas”.⁶

A violência é citada como uma complicação na gravidez mais frequente que o diabetes, a hipertensão e outras complicações sérias.⁵ Nesse contexto, além dos danos resultantes da violência em si, nos diversos ciclos da vida, outros podem resultar da violência nessa fase, tais como retardo em iniciar o pré-natal, abortamento e natimortalidade, baixo peso ao nascer, trabalho de parto prematuro, perdas fetais, infecções vaginais, uterinas, hemorragias, traumas abdominais, ruptura prematura de membranas e morte materna.^{3,6}

Considerando a incidência da violência e seu agravamento na fase gestacional, buscou-se refletir sobre as causas dessa “pré-disposição” no sentido de compreender o fenômeno e discutir estratégias de enfrentamento. Nesse sentido, integrou-se a noção de vulnerabilidade como um dos elementos teóricos para compreender como as mulheres, em determinadas fases da vida, são suscetíveis à violência ou ao seu agravamento.

A vulnerabilidade como categoria de análise remete aos fundamentos da capacidade de reação do indivíduo e a percepção que ele tem do ambiente ameaçador e, portanto, dos recursos (material e simbólico) que mobiliza para desativar ou contornar um evento negativo.⁷ Neste sentido, a noção de vulnerabilidade compreende a ideia de pluralidade de adversidades e de eventos favoráveis à exibição do sujeito a um evento negativo, sem desconsiderar a sua capacidade reativa.

Nessas condições, a vulnerabilidade considera dinâmicas e mudanças inscritas no sistema social, como elementos que participam no processo de sua própria reprodução, sendo permeável aos efeitos do ambiente externo, que pode se alterar a qualquer momento, de acordo com a capacidade do indivíduo

para enfrentar o problema. Entende-se que gestação ou o fato de ser/tornar-se mãe pode alterar a suscetibilidade de uma mulher à violência, assim como interferir na sua capacidade de enfrentá-la.

Constata-se que, durante a gestação, a mulher utiliza com maior frequência os serviços básicos de saúde, seja para consulta pré-natal, coleta de exames, resgate do resultado de exames, vacinação ou mesmo em consultas de emergência e, após o parto, retorna para consulta pós-natal e acompanhamento de puericultura.

Entende-se que essa presença mais frequente da mulher nos serviços pode auxiliar na construção de vínculo com a equipe de saúde e favorecer a identificação de casos de violência. Dessa forma, a equipe local dos serviços, em particular de Atenção Básica, torna-se privilegiada na abordagem, no encaminhamento e acompanhamento sistemático dos problemas daí resultantes. No entanto, a maior parte dos casos de violência contra a mulher ainda não é notificada ou registrada, por diferentes motivos, resultando na invisibilidade do problema.⁵

Com a finalidade de reconhecer e manejar adequadamente essa situação, propostas de intervenção vêm sendo sugeridas nos últimos anos, dentre as quais a de introduzir o questionamento nos registros da equipe e perguntar diretamente a todas as usuárias dos serviços de saúde se “enfrentam ou sofrem algum tipo de violência”.

Além disso, são estabelecidas como características essenciais da assistência obstétrica e neonatal a qualidade e a humanização, sendo indicado como dever dos profissionais de saúde acolher a mulher, enfocando-a como sujeito de direitos, seguindo recomendações da Organização Mundial de Saúde e orientando-se pela assistência integral.

Para tanto, merece destaque, o acolhimento, definido como um aspecto essencial da política de humanização, que implica a recepção da mulher, desde sua chegada na Unidade de Saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.⁵

Na prática cotidiana dos serviços de saúde, o acolhimento e a humanização, como diretrizes políticas, podem ser percebidos por meio de atitudes e ações evidenciadas na relação diária estabelecida entre profissionais e usuários dos serviços, escutando e valorizando o que é dito e garantindo a privacidade, entre outras.

Corroborando essas diretrizes e a Política Nacional da Atenção Básica, a prática nos serviços analisada neste estudo deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural. Busca-se, assim, a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Acredita-se que, considerando esses princípios e diretrizes, aliados à competência técnica, e a partir do vínculo relacional entre usuárias e profissionais, é possível identificar mulheres em situação de violência doméstica. Mais recentemente, as mulheres, estimuladas a fazer o pré-natal estão respondendo a esse chamado, conforme pode ser evidenciado pela melhora dos índices de acompanhamento de pré-natal, no Brasil, nos últimos anos.

Entretanto, no caso da violência doméstica, estudos referem a quase inexistência de registros de casos dessa natureza nos serviços.⁸⁻⁹ Evidenciam-se o predomínio do tecnicismo e a não qualificação para lidar com elementos que escapem a esse âmbito, como as assimetrias de gênero, por exemplo. Assim, o atendimento não valoriza as dúvidas ou queixas não biológicas manifestas pelas mulheres durante as consultas.⁹ No Brasil, apontam-se também situações de vulnerabilidade às quais são expostas as mulheres nos serviços de saúde, incluindo a violência institucional.⁵ Essa impossibilidade de ir além do “olhar biológico” pode ser responsável em parte pela invisibilidade da violência a partir dos serviços.

O Ministério da Saúde refere que a violência institucional pode ser identificada de várias formas, entre elas a peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; a falta de escuta e tempo para a clientela; e os diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência. Dessa forma, a causa de seus problemas não é investigada e a mulher perde mais uma chance de falar sobre o que está acontecendo consigo.

No contexto deste estudo, acredita-se que o argumento explicativo do Ministério da Saúde para a violência institucional seja ainda agravado no âmbito da Atenção Básica, visto que, nesse nível, é que as atividades preventivas e de promoção à saúde podem ser operacionalizadas antes de a violência ter consequências mais graves.

Considera-se que a violência doméstica contra a mulher não é visível a partir das estatísticas oficiais e o seu diagnóstico sofre influência das próprias concepções e percepções dos profissionais que não raramente a naturalizam, em conformidade com atitudes e condutas de gênero; essa naturalização transparece na omissão expressa nos registros e condutas. Assim, entende-se que formas de reconhecer a violência e as nuances que se incorporam a partir dos tipos de relações estabelecidas materializam-se em situações de vulnerabilidade das mulheres a atos violentos.

Buscou-se, neste estudo, identificar e analisar as condutas terapêuticas e estratégias utilizadas por profissionais de saúde na suspeita de casos de violência e na violência declarada, durante as consultas de pré-natal; discutir e analisar a problemática dos atendimentos às gestantes, em situação de violência doméstica, realizados na perspectiva dos registros dos serviços, no ano de 2006.

MÉTODO

O estudo foi realizado em Porto Alegre em 12 Unidades Básicas de Saúde. Algumas dessas unidades possuíam mais de uma equipe atuando, perfazendo um total de 18 equipes investigadas.

Conforme o que é preconizado pela Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, e a coleta dos dados foi implementada após essa aprovação.

A coleta dos dados foi realizada pelas autoras nos prontuários das pacientes cadastradas entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2006. Foram pesquisados 784 prontuários nos 12 serviços da região do estudo, e foi utilizado um formulário-guia para o registro das situações identificadas. Este teve como referências a história clínica e os documentos de registro de acompanhamento do pré-natal referenciados pelo Ministério da Saúde.

Para a busca nos prontuários, optou-se por utilizar os registros das próprias Unidades de Saúde, quando disponíveis. Algumas Unidades não apresentavam cadastro das gestantes ou outra forma de acompanhamento dos atendimentos de pré-natal. Assim, foi necessário cruzar informações de registros de acompanhamento de puericultura e, por meio desses, buscar os prontuários das mães para verificar se haviam realizado acompanhamento pré-natal nos serviços em estudo.

Na análise dos dados foi utilizado o *software Nvivo* como ferramenta de auxílio para categorização analítica. Inicialmente, foi criado um documento no *software* para cada formulário-guia. Os registros que apresentaram situações de violência foram identificados, transcritos e separados de acordo com o período de identificação da violência, ou seja, antes do pré-natal em 2006, durante o atendimento pré-natal ou após o fechamento do pré-natal. Esses registros foram transcritos, na íntegra, e foi realizada a análise de conteúdo, segundo técnica de análise temática.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A busca nos registros dos 784 prontuários pesquisados identificou 20 registros de relatos ou atendimentos a situações de violência contra a mulher. Desses, 7 casos foram registrados antes do início do pré-natal; 10 foram registrados durante o atendimento pré-natal, no ano de 2006; e 3, no puerpério.

Situações de violência prévia

Entre as situações identificadas anteriores ao pré-natal (7), evidencia-se que a violência aparece nos transcritos dos relatos das mulheres; entretanto, mesmo quando identificada e registrada, não é valorizada como um problema de saúde que mereça investigação e acompanhamento na Unidade Básica de Saúde.

A dificuldade em abordar a problemática da violência doméstica foi observada em todas as situações relatadas. Constatou-se que o atendimento e a conduta definida na situação direcionaram-se para as consequências para a saúde da mulher e dos filhos, com registros de manejo verbal, apoio emocional e encaminhamentos específicos para avaliação ou tratamento de lesões físicas ou sintomas psicológicos. Em duas das situações previamente identificadas, a gestação teve forte interferência sobre a continuidade de tratamento psiquiátrico em andamento na época. Nessa situação, inicialmente, foram suspensas as medicações em razão da gravidez e, posteriormente, criou-se uma lacuna no atendimento em função do encaminhamento para serviços de atendimento à gestantes de alto risco, sem acompanhamento concomitante na Unidade Básica.

Outros elementos indicativos da vulnerabilidade individual, familiar e comunitária estão presentes em muitos registros sob a forma de “gravidez na adolescência”, “desemprego” e “dependência financeira da família ou do companheiro”, embora essa vulnerabilidade não seja reconhecida como tal nos atendimentos. As condições socioeconômicas como fator de vulnerabilidade social e individual já foram apontadas para essa região em outros estudos.^{10-11,14} Nesse sentido, aponta-se a necessidade de os profissionais da Atenção Básica atentar para situações que estão além da racionalidade biomédica e da terapêutica técnica, já que a tônica da violência se constitui nos limites da vida social e de relações.

Ainda nas situações de violência prévia ao pré-natal, evidenciou-se a vulnerabilidade de uma mulher em situação de violência doméstica para lidar com problemas psiquiátricos, vinculada a fragilidade nas relações familiares. Essa não tinha residência fixa, passava um tempo com a mãe e um tempo com o companheiro. Mostrou incapacidade para cuidar de sua saúde, foi faltosa às consultas no serviço de referência em Psiquiatria, agendadas pela Unidade Básica de Saúde, e no acompanhamento pré-natal de alto risco, além de já ter cometido autoagressões e tentado suicídio diversas vezes. Essa situação expressa a dificuldade de enfrentamento do problema da violência e sua potencialização ao estar associada a problemas psiquiátricos. Pode-se, nessa situação, relacioná-los a grande demanda por ações de saúde intersectoriais,⁹ necessárias para dar sustentação aos atendimentos às mulheres em situação de violência.

Os profissionais de saúde, em geral, afirmam que a equipe de saúde não está preparada para lidar com a violência doméstica e que há muito que aprender sobre o tema.¹² Estudos realizados no âmbito dos PSFs, inclusive em Porto Alegre,⁴ apontam para o despreparo e o desamparo dos profissionais em relação a essa problemática, gerando impotência. Essa condição, aliada à falta de tempo e recursos e, ainda, ao medo de ofender a mulher, interfere nos atendimentos e, em alguns casos, leva à resignação da equipe de saúde.

Na situação descrita acima, cabe ressaltar que, mesmo sendo um caso isolado de enfrentamento e com fatores

limitantes, além do desgaste, a equipe não se resignou. Buscou enfrentar o problema, dentro de suas possibilidades, manteve o vínculo da gestante com o serviço, mesmo esta tendo sido encaminhada ao serviço de alto risco; realizou busca ativa nos momentos críticos; envolveu o agente comunitário no problema; agendou segunda chamada para as consultas; realizou repetidos encaminhamentos aos serviços de alto risco; orientou e envolveu familiares da mulher no tratamento.

Neste sentido, pensa-se que existem serviços diferenciados nesse enfrentamento, dentre os pesquisados. Essas atitudes de cuidados “isolados” retratam o que Cecílio chama de cartografia da gestão do cuidado, que atesta os diferentes espaços onde ele se desenvolve. Dessa forma, entende-se que, em um mesmo contexto, no caso a região das Unidades em estudo, serviços e profissionais destacam-se em seu espaço de autonomia e desenvolvem estratégias de cuidado distintas. Nos serviços que se diferenciam por um cuidado mais efetivo, a comunicação entre os profissionais parece mais articulada e o prontuário das usuárias é utilizado como forma de comunicação e registro das decisões da equipe sobre a situação.

Outro aspecto que merece atenção é a descontextualização da violência nas situações identificadas. Em uma delas, a mulher relatou ter sido vítima de três tentativas de estupro. Os registros não são afirmativos, mas pode-se suspeitar de violência doméstica, já que três tentativas de estupro por desconhecido parece ser pouco provável. Outra situação refere-se a uma mulher vitimada por arma de fogo/três tiros. Em nenhum dos dois casos acima relatados, houve registro de abordagem e condutas relativas à violência, e não há registro do contexto em que a mesma ocorreu.

Em síntese, nas situações de violência analisadas, identificadas antes do pré-natal, ficam claras a sua complexidade e a dificuldade da equipe em lidar com elas como um problema para além do técnico e dimensionado no espaço da saúde pública. Assim, as situações de violência, quando identificadas, têm a abordagem focada em suas consequências, sejam as lesões causadas pela violência física ou os sintomas psicológicos decorrentes.

Nessa perspectiva, o pré-natal não foi considerado como um espaço para retomada da problemática, mesmo que as mulheres comparecessem várias vezes nos serviços para as consultas; na maioria das situações analisadas, não houve menção à violência anterior, já instalada nas relações cotidianas da mulher assistida.

Constatou-se que o atendimento, durante as consultas, esteve focado nos aspectos biológicos e as informações socioculturais e econômicas relativas à vida da mulher não foram registradas com a devida importância na constituição dos agravos violentos. Assim, a vulnerabilidade social, a dependência econômica ou outros fatores que fazem parte da vida da paciente não são considerados como parte da assistência pré-natal e deixam de ser registrados. Dessa forma, muitas situações de violência deixam de ser identificadas e o espaço

do pré-natal não é aproveitado como um momento em que se poderia fortalecer o vínculo para identificar ou investigar situações e elaborar estratégias de enfrentamento conjuntas com sustentação na rede de serviços de saúde.

Situações de violência identificadas no pré-natal

Dentre os 20 registros em que constavam situações de violência doméstica contra a mulher, 10 situações foram identificadas durante o atendimento pré-natal, em 2006, nos 784 prontuários pesquisados.

Essas situações de violência registradas durante o pré-natal estavam relacionadas a: falta de apoio ou violência na família da gestante em três registros; recusa do companheiro em assumir a paternidade ou abandono do companheiro em quatro situações; e violência física à gestante em três situações, uma delas referindo ferimento por arma branca, não estando esclarecida, nem descartada, a violência doméstica.

Em relação à falta de apoio ou violência demonstrada na família da gestante, constatou-se que envolvem as gestantes adolescentes e com gravidez não planejada. Nesse sentido, acredita-se que a violência referida como falta de apoio da família e falta de acesso à infraestrutura básica de habitação e moradia agrava a situação de violência. Nesse caso, essas advêm de diferentes origens e assumem diferentes formas de manifestação. Embora se reconheça esse aumento na vulnerabilidade, nos registros de consultas de pré-natal pesquisados, o contexto familiar da gestante, na maioria das vezes, não foi considerado na definição de estratégias e condutas de acompanhamento.

Constata-se, em uma dessas situações, o relato de que os “avós maternos ignoram o recém-nascido”, o que evidencia a total falta de apoio da família e a vulnerabilidade da gestante adolescente, que segundo esse registro foi acolhida na casa dos pais do bebê. O companheiro e a própria gestante eram estudantes, supondo-se que não estavam no mercado de trabalho e que, portanto, não possuíam renda para o sustento da família. Com a falta de apoio familiar, pode-se pensar na vulnerabilidade para diferentes desfechos, desde um abortamento provocado para permanecer na casa dos pais¹³ até maus-tratos na casa dos sogros, ou, ainda, a dependência socioeconômica de um companheiro violento, conforme foi descrito em várias falas dos profissionais participantes em outra fase desta pesquisa.

Esses elementos analisados remetem à vulnerabilidade socioeconômica das adolescentes na região do estudo,¹⁴ a qual se soma a outros planos de vulnerabilidade citados na literatura.¹³ A gestação, nesse período, muitas vezes é um agravante para a violência doméstica, praticada pelos próprios pais, irmãos e/ou companheiro, como relatado na situação em que uma adolescente com 13 anos, grávida, sofreu agressão física do pai e do irmão.

Além da falta de apoio familiar, a recusa do parceiro em assumir a paternidade, ou o abandono durante a gravidez, foi

evidenciada nos prontuários das gestantes adolescentes, com o maior número de registros nas situações de violência identificadas durante o pré-natal, perfazendo quatro situações.

Analisar essas situações implica analisar a vulnerabilidade das adolescentes, como suscetibilidade geracional. Em um primeiro momento, constata-se que são gestações referidas como não planejadas. Essa constatação corrobora pesquisa que evidencia os estímulos oferecidos pela mídia, mudança nos costumes e valores como favorecedores da precocidade da vida sexual,¹⁵ o que não tem acontecido com relação à orientação para uma vida sexual saudável e para a contracepção. Nesse contexto, dados do Ministério da Saúde evidenciam o aumento da gravidez entre as adolescentes nas últimas décadas, enquanto a natalidade das mulheres adultas diminuiu no Brasil.

Essa falta de planejamento associa-se à precariedade de condições socioeconômicas, reforçada pela responsabilização apenas da adolescente pela gestação e pelo cuidado do bebê. Nesse contexto, o parceiro muitas vezes duvida da paternidade ou recusa-se a assumir o filho, o que resulta em sofrimento das adolescentes, que relatam solidão, falta de apoio da família, do companheiro e mesmo dos padrões, quando inseridas no mercado de trabalho.

Nessa perspectiva, além da assistência técnica competente, uma rede de apoio familiar que preste apoio emocional e material durante a gravidez, que auxilie nos cuidados com o recém-nascido, que permita a continuidade dos estudos e o acesso ou permanência no trabalho remunerado, é fundamental para o enfrentamento da situação.

Analisando essas situações na perspectiva da violência de gênero, identifica-se que o controle da sexualidade da mulher, por exemplo, é expresso na dúvida da paternidade como pretexto para a não responsabilização pelo filho. Também a responsabilização/culpa apenas da mulher pela gravidez corresponde às cobranças da sociedade ao exercício da sexualidade antes do casamento.¹³ Essas marcas são historicamente determinantes da forma como a mulher, e principalmente a adolescente, será reconhecida no meio social em que vive e interferem na rede de apoio com a qual poderá contar no enfrentamento da situação.

Constata-se que esses elementos estão presentes nas situações registradas, e a violência doméstica muitas vezes é “justificada” por eles. Nesse contexto, os profissionais de saúde que atuam no pré-natal necessitam reconhecer essas situações dando-lhes legitimidade ao registrarem histórias e condutas comprometidas com aspectos da vida social. Considerando que a gestação não planejada é um fato na vida da adolescente, é necessário tentar diminuir os efeitos negativos por meio da abordagem intersectorial e do envolvimento da família.

Ainda analisando situações identificadas durante o pré-natal, evidencia-se a descontextualização da violência registrada nos prontuários. Essa descontextualização da violência é descrita como característica da assistência centrada

apenas nas lesões que dela são resultantes.¹⁰ Nesse sentido, a violência não é investigada como problema social, inserida no contexto de vida da mulher e, conseqüentemente, resulta na sua invisibilidade nos registros dos serviços de saúde. Dessa forma, a violência contra a mulher, desconectada da teia de relações da qual ela é parte e expressão,¹⁶ não permite a abordagem do problema em sua complexidade e impede o enfrentamento a partir da luta por uma mais ampla justiça social, na perspectiva da cidadania.

Referindo-nos a histórias relatadas, encontraram-se histórias de violência doméstica, em diferentes casamentos, em que ocorreram fugas das mulheres para proteção dos filhos ou entrega ao cuidado de avós, até que em um momento mais propício a família se reúna. Com isso, as mulheres referiram também receio de que as filhas tenham o “mesmo destino” de violência.

Um pesquisa^{17: 610} já constatou a violência repetida com mulheres e com as filhas, a partir das falas de profissionais de saúde. Na pesquisa, essa violência foi concebida como natural e imutável, uma vez que muitas mães foram vítimas de violência sexual no passado e agora ficam “se vendo” quando a filha sofre violência do pai.

Entretanto, acredita-se que, desde que seja auxiliada, a mulher pode romper com a violência naturalizada, aquela na qual o “pai pode praticar a violência sexual com todas as filhas da casa e isso é natural¹⁷”. Essa ideia de que o “homem provedor” pode desfrutar da condição de chefe da família e que os demais vivem em opressão servil é referida por profissionais de saúde ao se manifestarem em relação a certas situações de difícil saída para as mulheres.

Essa argumentação de impotência justifica a clássica transformação da vítima em culpada. Pensa-se que esse ainda é o pensamento dominante em muitas condutas de profissionais de saúde.

Corroborar-se, portanto a ideia da importância de compreender a passagem do natural para o cultural,¹⁷ pois se a violência for tratada como natural para certos indivíduos e em particular para as mulheres e para a comunidade, pode-se estar sendo conivente com a situação e sendo cúmplice da violência contra a mulher.

Situações de violência no pós-natal

Essa perspectiva de olhar sobre o pós-natal contempla três situações encontradas, em que foram registradas informações relacionadas à violência contra a mulher. Nessas situações, as mulheres referiram relacionamento estável durante o pré-natal, e a violência apresentou formas e repercussões distintas.

Em duas situações, constatou-se que houve separação, com iniciativa das mulheres para o enfrentamento da violência. Já a conduta e os encaminhamentos no serviço de saúde foram realizados em torno da avaliação do método contraceptivo. Segundo os registros, os profissionais não prestaram qualquer esclarecimento acerca dos direitos da mulher ou mesmo

informações sobre instituições de apoio que atendem mulheres em situação de violência ou que prestem assistência jurídica.

Em uma das situações, constatou-se a presença da violência doméstica associada ao alcoolismo da mulher com repercussões graves para a sua saúde e óbito do recém-nascido. Há o registro de alcoolismo de uma paciente de 12 anos, que compareceu a 10 consultas de pré-natal, porém a violência só foi identificada no pós-natal, por meio do relato da própria mulher, que buscou ajuda por sentir-se culpada pela morte do filho.

Essa situação remete ao apontado na literatura sobre o alcoolismo feminino. Nesse sentido, refere-se que esse engloba processos de lidar com experiências adversas e fugir do sofrimento, resistindo à violência e ao desamparo, em uma tentativa de ficar mais alegre e sociável, ao mesmo tempo em que é um beber solitário, depressivo e autodestrutivo.¹⁸ Complementando esse cenário, ressalta-se que os lares ainda são os locais mais usados pelas mulheres para o consumo de álcool,³ ao contrário dos homens, que têm o hábito de beber menos solitário e mais público.

Considerar e atentar para a violência doméstica, bem como elaborar estratégias de enfrentamento pode facilitar o diagnóstico de dependências, como o alcoolismo, permitindo ações que determinem menor prejuízo sobre a gestação e o recém-nascido, uma vez que a mortalidade neonatal encontra-se aumentada entre consumidoras abusivas de drogas e álcool e as vítimas de violência.

Além do álcool, muitas mulheres vulneráveis costumam fazer uso de drogas e medicamentos. Esse fato foi referido por profissionais de saúde como prejudicial ao enfrentamento da violência, em pesquisa sobre concepções de profissionais de saúde da violência de gênero na atenção básica.¹² Nos relatos, os profissionais criticaram o uso de drogas prescritas, ansiolíticos, antidepressivos, hipnóticos, pois, no seu entender, esses medicamentos contribuem para que a mulher fique calma e não reaja, o que mantém a violência encoberta e o alívio momentâneo ocorre apenas como fuga do problema, mas não o resolve. Essa conduta de receitar drogas é frequente nos 20 registros analisados neste estudo. Isso se deve, em parte, à tentativa dos profissionais de diminuir o sofrimento das mulheres e ao não reconhecimento da violência doméstica como agravo à saúde das mulheres.

CONCLUSÕES

Constatou-se que a assistência pré-natal pública na Atenção Básica é centrada em ações programáticas, estando os registros nas Unidades voltados, predominantemente, para as condutas técnicas e apresentados de forma bastante incompleta. As mulheres comparecem às consultas de pré-natal, entretanto, se não houver uma queixa consistente de situação concreta de violência, com um sintoma associado, essa violência não é considerada na conduta. Assim, mesmo que “apareça”, não é entendida e enfrentada como competência do profissional de saúde. Ressalta-se que as ações terapêuticas, quando dirigidas

a esse tipo de queixa, são voltadas apenas para os sintomas aparentes ou queixas físicas.

Os registros em prontuário são frequentemente incompletos e não contemplam dados socioeconômicos; por exemplo, histórias de vida parecem não ser de interesse para a compreensão do adoecimento. Dessa forma, analisa-se que a consulta pré-natal segue um roteiro normatizado e ritualizado, prejudicando o acolhimento da gestante na Unidade e invisibilizando outros elementos diagnósticos, que estão além do caráter biológico. Entre esses, os significados da gravidez para as mulheres e para as famílias e as próprias condições de vida dessas mulheres, que, muitas vezes, atestam situações de violência doméstica, deixam de ser identificados pelos profissionais de saúde.

Entre as situações de violência identificadas nas diferentes situações, o que se evidenciou foram registros em que a violência aparece descontextualizada e as ações voltadas para as consequências da violência na saúde da mulher, sejam estas físicas ou psíquicas.

Nesse sentido, quando se analisa a conduta registrada nos prontuários pesquisados, contata-se que, na maioria das situações, quando não se restringiu ao tratamento da lesão física, centrou-se na prescrição de medicamentos psiquiátricos que são considerados como prejudiciais ao enfrentamento da violência. Assim, acredita-se que a violência, em muitas dessas situações, não foi considerada como possível causa do problema

de saúde das mulheres atendidas. Dessa forma, a violência não foi registrada em seu contexto de ocorrência, não foi notificada e não foi abordada nem motivo de condutas.

Enfim, entende-se como necessária a elaboração de estratégias visando sensibilizar e dar sustentabilidade às ações dos profissionais da atenção básica. Essas ações necessitariam dirigir-se à qualificação, fornecendo ferramentas teóricas sobre o enfrentamento da violência como problema de saúde complexo, que requer abordagem multidisciplinar e intersetorial para seu enfrentamento. Dessa forma, pode-se auxiliar os profissionais da atenção básica no entendimento de que a violência doméstica não se constitui apenas de agressão física ou de situações de saúde mental comprometida. É necessário que a violência seja entendida como uma grave questão de saúde pública que, em nível individual, pode estar sendo a causa de sintomas inespecíficos referidos pelas mulheres durante as consultas de pré-natal.

Nesse sentido, reconhecer a violência como possível agravo, investigar e registrar informações do contexto de vida das mulheres e contextualizar situações de agressão ou lesões identificadas nos serviços de saúde, buscando a identificação dos casos de violência doméstica, pode auxiliar a visibilidade desse agravo. Dessa forma, pode-se favorecer o enfrentamento desse problema, por meio de condutas e encaminhamentos interinstitucionais, interferindo no ciclo da violência e prevenindo, sobretudo, nos Serviços de Atenção Básica, consequências mais graves para a saúde das mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Bonfim EG. A violência doméstica contra a mulher na perspectiva da atenção pré-natal pública. [dissertação de mestrado] Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem/UFRGS; 2008.
2. Organização Mundial da Saúde-OMS. Informe Mundial sobre Violência e Saúde 2002. Genebra; 2002
3. Menezes TC, Amorim MMR, Santos LC, Faúndes A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. Rev Bras Ginecol Obstetr 2003; 25 (5) 309-16.
4. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. Rev Saude Publica 2005; 39: 695-701.
5. Ministério da Saúde (BR). Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília (DF); 2005.
6. Pan American Health Organization- PAHO. Domestic violence during pregnancy. Fact sheet of the Program on Women, Health and Development. [serial on-line] 2000; 24. [cited 2006 Jun 19]. Available from: http://www.planetwire.org/files.fcgi/2368_violencepregnancy.PDF
7. Gerhardt TE. Anthropologie et santé publique: approche interdisciplinaire. Pauvreté, situations de vie et santé au quotidien à Paranaguá, Paraná, Brésil. [tese de doutorado] Bordeaux (FR): Université de Bordeaux 2- Victor Segalen; 2000
8. Schraiber LB, D'Oliveira AFL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev Saude Publica 2002; 36(4) 470-77.
9. D'Oliveira AFPL. Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços em atenção primária. [tese de doutorado] São Paulo (SP): Faculdade Medicina/USP; 2000.
10. Leal SMC, Lopes MJM. Vulnerabilidade à morbidade por causas externas entre mulheres com 60 anos e mais, usuárias da atenção básica de saúde. Cienc Saude Colet 2006; 5 (3) 309-16.
11. Rodrigues GS, Lopes MJM, Souza AC, Ribeiro LM. Estratégias de enfrentamento da morbidade por causas externas na atenção básica em uma região do município de Porto Alegre. Cienc Saude Colet 2008; 13 (1) 111-20.
12. Franzi NM. Concepções de profissionais de equipes de saúde da família sobre violência de gênero. [dissertação de mestrado] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem / USP; 2007.
13. Bruyn M. Violence, pregnancy and abortion. Issues of women's rights and health. 2nd ed. Chapel Hill (NC): IPAS; 2003.
14. Cocco M. Geração e gênero na constituição de situações de vulnerabilidade aos acidentes e violências entre jovens de Porto Alegre. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem/UFRGS; 2007.
15. Cavin S, coordenadora. Gravidez de adolescentes entre 10 e 14 anos e vulnerabilidade social. Estudo exploratório em cinco

Os registros profissionais do atendimento pré-natal

Bonfim EG, Lopes MJM, Peretto M

Esc Anna Nery Rev Enferm 2010 jan-mar; 14 (1): 97-104

capitais brasileiras. São Paulo (SP); 2004. Eccos Comunicação em Sexualidade. Relatório de Pesquisa, 96.

16. Grossi PK, Aghinsky BG. Por uma nova ótica e uma nova ética na abordagem da violência contra mulheres nas relações conjugais In: Grossi PK, Werba GC. Violências e gênero: coisas que a gente não gostaria de saber. Porto Alegre (RS): PUCRS; 2001. p.19-46.

17. 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.

18. César BAL. O beber feminino: a marca social do gênero feminino no alcoolismo em mulheres. [dissertação de mestrado] Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2005

Recebido em 26/06/2008
Reapresentado em 18/09/2008
Aprovado em 30/01/2010