

Necesidades de la salud: la interacción entre el discurso de profesionales de la salud y mujeres victimizadas¹

Rebeca Nunes Guedes de Oliveira²
Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca³

Objetivo: comprender los límites y las posibilidades evaluativas de la Estrategia Salud de la Familia en lo que se refiere al reconocimiento de necesidades de la salud de mujeres que experimentan violencia. Método: se trata de un estudio de abordaje cualitativo, fundamentado en la perspectiva de género y que adoptó necesidades de la salud como categoría analítica. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas con profesionales de la salud y mujeres usuarias de un servicio de salud y analizados a partir del método del análisis del discurso. Resultados: el encuentro entre los discursos de mujeres usuarias y de profesionales del servicio de salud reveló como puntos en común necesidades propiamente humanas, por ejemplo la autonomía y el vínculo. La comprensión sobre necesidades limitada al reconocimiento de daños de orden física o psíquica, así como la predominancia del reconocimiento de necesidades del mantenimiento de la vida al frente a las necesidades propiamente humanas se revelaron en los discursos de los profesionales como importantes limitaciones de las prácticas. Conclusión: se destaca la perspectiva de género como una herramienta que debe ser agregada a lo cotidiano de las prácticas profesionales de la salud para confirmar o negar el carácter transformador de la asistencia en vigor, en lo que concierne al reconocimiento y enfrentamiento de las necesidades de la salud de las mujeres.

Descriptores: Violencia Contra La Mujer; Programa Salud de La Familia; Evaluación de Necesidades.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "Violencia de género y las necesidades de salud: límites y posibilidades de la Estrategia Salud de la Familia", presentada en el Programa Interunidades de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, 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, Brasil. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, proceso nº 402519/2008-6 y de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil, proceso nº 2012/2442-0

² Estudiante de postdoctorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Becario de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil, processo nº 2013/06796-1.

³ PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Introducción

En Brasil, la Estrategia Salud de la Familia (ESF) ha constituido la piedra fundamental para viabilizar el Sistema Único de la salud (SUS), facilitando la aproximación entre los profesionales de la salud y la clientela de áreas de influencia definidas, revelando de esa forma, problemas que anteriormente permanecían ocultos para los servicios, por ejemplo, la violencia de género⁽¹⁾. En lo colectivo, esa estrategia representa el marco más fértil de implementación de las prácticas de la salud colectiva en Brasil, configurándose como el *locus* privilegiado para el reconocimiento de necesidades de la salud que, articulado a las demás instancias de la red de atención la salud, buscan atender a esas necesidades⁽²⁾.

En el ámbito de la atención a la salud de las mujeres, la ESF constituye un espacio de concretización de la Política Nacional de Atención a la Salud de la Mujer (PNAISM). La atención a la salud - considerando las desigualdades de género, así como el reconocimiento y enfrentamiento de necesidades que van más allá de la especificidad biológica y reproductiva, considerando las especificidades sociales - tienen como base principios que orientan la actual política. Entretanto, los procesos de trabajo que concretizan esas políticas han sido contradictorios, una vez que las prácticas acaban traduciéndose, la mayor parte de las veces, en la atención de aspectos biológicos del cuerpo femenino⁽³⁾.

En lo que concierne a la salud de las mujeres, la vulnerabilidad femenina frente a ciertos daños está más relacionada con la situación de discriminación en la sociedad que a factores biológicos. La construcción histórica y social de las relaciones de género han imputado a las mujeres condiciones de vida precarias y subalternas, determinantes significativos de su proceso salud-enfermedad. Los niveles de pobreza y condiciones de vida en la sociedad se transforman, a lo largo de la historia, con una tendencia desfavorable a las mujeres. Ese proceso, está impregnado por la poca valorización del trabajo femenino, por el aumento del número de mujeres jefes de familia (constituyendo el mayor número de familias pobres en la sociedad), por la violencia de género y por la sobrecarga de la triple jornada de trabajo. Esos fenómenos, ejemplifican procesos destructivos en la vida de las mujeres, que tienen estrecha relación con sus necesidades de la salud⁽⁴⁾.

La violencia de género, a pesar de que se caracteriza como un fenómeno relacional entre hombres y mujeres, incide principalmente sobre las mujeres, constituyendo

una cuestión de la salud. Se estima⁽⁵⁾ que ese problema sea mayor causa de muertes entre las mujeres de 15 a 44 años que el cáncer, la malaria, los accidentes de tránsito y las guerras. Además, existe una estimativa brasileña de que por lo menos 35% de las quejas que las mujeres llevan a los servicios de la salud están relacionadas con algún tipo de violencia⁽⁵⁾.

Las mujeres que experimentan violencia presentan problemas y necesidades de la salud particulares, de modo que las prácticas de la salud dirigidas a ellas deben tomar como objeto de trabajo las necesidades generadas por procesos de vida comunes a ese grupo social. Se considera que el trabajo para reconocer y atender las necesidades de la salud de las mujeres que experimentan violencia debe presuponer la desnaturalización de las desigualdades entre los sexos y promover el empoderamiento de las mujeres.

Un estudio realizado en el Municipio de Sao Paulo, en diecinueve servicios de atención primaria, en los cuales fueron escuchadas 3.193 mujeres, mostró que la vivencia de violencia física y/o sexual por parte del compañero íntimo fue de 45,3% entre las mujeres, de modo que una en cada tres mujeres usuarias ya había sufrido violencia en la vida⁽⁶⁾. Sin embargo, la violencia todavía consiste en un fenómeno invisible, en lo que se refiere a demanda en esos servicios. Un estudio que investigó las prácticas profesionales de la ESF dirigida a mujeres que experimentan violencia⁽¹⁾, detectó que los profesionales reconocen la importancia de acoger a las mujeres que presentan esa demanda, sin embargo se sienten impotentes y temerosos de involucrarse con la situación. Esa impotencia es reiterada en diversos otros estudios con recorte semejante cuando se refieren a actitudes y prácticas profesionales relacionadas a la violencia de género⁽⁷⁻⁸⁾.

Delante de lo expuesto, se argumenta que en la perspectiva de una práctica genérica⁽⁹⁾ de atención a la salud se encuentran las diversas posibilidades de investigación que el universo de los cambios en el área de la salud y en la perspectiva de género comporta. En este estudio, destacamos los cambios que se operan en el ámbito de la atención a las necesidades de la salud de las mujeres que experimentan violencia, en Sao Paulo.

El presente estudio tuvo por objetivo comprender los límites y las posibilidades evaluativas de la Estrategia Salud de la Familia, en lo que se refiere al reconocimiento de necesidades de la salud que tienen las mujeres que experimentan violencia.

Método

Se trata de un estudio de abordaje cualitativo, realizado en una Unidad Básica de Salud (UBS) que opera bajo la Estrategia Salud de la Familia (ESF), localizada en el distrito de Capao Redondo, en Sao Paulo (SP); es una región con altos índices de violencia de todos los tipos y baja calidad de vida.

Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas en profundidad con 22 profesionales de la salud que componían los equipos multiprofesionales y con 13 mujeres usuarias del servicio y que experimentaron situaciones de violencia de género, seleccionadas según diferentes criterios de inclusión; entre los profesionales de la salud, se buscó la inclusión de por lo menos un profesional de cada categoría de los cinco equipos integrantes de la UBS que constituyó el escenario del estudio, respetados el interés y la disponibilidad para participar del estudio; entre las mujeres usuarias, fueron convidadas aquellas que en el período destinado a esa etapa específica de recolección de datos, esperaban por algún tipo de atención en la sala de espera del servicio de salud. Aquellas que, al tomar conocimiento de la investigación, manifestaron interés en participar, tuvieron la entrevista programada, para un momento posterior. Las entrevistas fueron realizadas por la investigadora, individualmente, en una sala de atención del servicio de salud y, posteriormente, grabadas, transcritas y sometidas al análisis del discurso.

El estudio adoptó como referencial teórico el campo conceptual de la Salud Colectiva, teniendo como base la concepción marxista de necesidades⁽¹⁰⁾ y el recorte de género en la determinación del proceso salud-enfermedad de las mujeres. Para el recorte presentado en el presente artículo, los resultados fueron analizados según la categoría analítica *necesidades de la salud*.

El estudio tuvo aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo (Proceso 822/2009/CEP/EEUSP).

Resultados

A partir del análisis de las declaraciones de mujeres y profesionales de la salud, fueron identificados los temas emergentes a partir de los núcleos de sentido del texto que pertenecían a la organización de los bloques temáticos de significación que orientaron la construcción de las categorías empíricas presentadas a continuación.

La violencia de género y su relación con las necesidades relacionadas a las condiciones de vida, según la comprensión de los profesionales de la salud

El análisis de las declaraciones reveló el reconocimiento de necesidades relacionadas al mantenimiento de la vida, como: residencia, trabajo, alimentación, hábitos, entre otros; conforme revelan las declaraciones que siguen.

Asistencia en relación a la alimentación y a la renta [...] y conseguir residencia (Profesional 4).

Ella tiene necesidad de seguridad [...](Profesional 2).

Ella precisa primero parar con la droga que usa y mejorar también la alimentación (Profesional 1).

Ella tiene vicios que no consigue largar porque vive prácticamente dentro de una "un local de venta" (Profesional 1).

Una región en donde hay muchos bandidos y ella se muere de miedo que mate a su madre. Entonces, ella se sujeta a ese individuo[...]. Es un bandido muy buscado (Profesional 3).

La familia, la situación en que vive, el contexto de la casa, las condiciones [...]. Si tiene una buena alimentación (Profesional 3).

La estructura familiar fue relacionada a las necesidades de la salud, destacando, entre los casos, familias en que otros miembros experimentan violencia doméstica; mujeres que descuidan el cuidado de la casa y de los hijos; miembros de la familia con trastorno mental; embarazo en la adolescencia y conflictos familiares.

Son varias situaciones que generan esa violencia, no es solamente el desempleo. Es mucha cosa, la falta de estructura familiar, la madre que abandonó el padre con varios hijos, el hijo que es bandido[...](Profesional 7).

Algunos entrevistados apuntaron para significados que culpan a las mujeres como responsables por la violencia experimentada.

La mujer se sujeta a muchas cosas por la razón de que gusta de alguien. Esa actitud tiene que ser cambiada, ellas tienen que comenzar a valorizarse[...] recibe golpes solo el que quiere, ella podía dejar esa persona (Profesional 13).

Por otro lado, algunos discursos también revelaron posibilidades de reconocimiento de necesidades relacionadas a condiciones de vida más vinculadas a los determinantes sociales.

Necesidades sociales[...] por no tener un componente orgánico grave. Es más un reflejo de una cuestión social enfermiza, en la cual el paciente acaba perdiendo el sueño porque no consigue administrar la poca renta que tiene, etc. (Profesional 20).

La autonomía como necesidad estructurante para el enfrentamiento de la violencia

Los discursos apuntaron, en algunos aspectos, el reconocimiento de los profesionales de la salud de necesidades que conducen a la *autonomía*. Los significados traídos en los relatos conforman esa necesidad relacionada a la mujer como sujeto de su vida, así como a la necesidad de fortalecimiento para el manejo de los conflictos.

Fue constatado también el reconocimiento por algunos profesionales de necesidades que conducen a condiciones que potencializan el fortalecimiento y la autonomía de las mujeres como imprescindibles para el enfrentamiento de la violencia, por ejemplo, la autoestima, así como las necesidades relacionadas a la producción social como condición para autonomía y libertad de las mujeres.

Necesidad de manejo de los conflictos para que puedan tornar el aprendizaje como un desafío para que ella continúe dando cuenta de la vida (Profesional 21).

El caso de la dependencia financiera, trata con la asistente social en otras actividades, para ella pueda producir, no ser dependiente del marido [...] (Profesional 22).

Las declaraciones de mujeres que experimentan violencia también revelaron la producción social como una necesidad intrínsecamente relacionada a la autonomía y al enfrentamiento de la situación de opresión que define su reproducción social.

Preciso de un trabajo[...]. En este momento, la única solución es vivir al lado de él, de la manera que yo estoy viviendo. Esperar el bebé nacer, procurar un empleo y ver lo que yo hago. Va a ser complicado, con un bebé (Usuaría 11).

La medicalización de las necesidades de la salud: la movilización del saber biologicista como instrumento de trabajo de la salud en la atención a las mujeres victimizadas

Cuando no son reducidas al cuerpo, las necesidades fueron traducidas en necesidades relacionadas a la salud mental, revelando además el enfoque fragmentado y factorial de la salud pública en la óptica de los servicios de la salud.

La salud de la mujer está bien. Ella apenas es delgada. El examen de ella hoy estaba todo bien, no mostró anemia, no mostró nada. Ella vive riendo [...] Pero, si ella quiere programar (consulta) toda semana, ¿Quién soy yo para impedirlo? (Profesional 7).

Precisaba pasar en el psicólogo por causa del llanto[...], tomar alguna medicación, ella no está durmiendo (Profesional 5).

Los resultados presentados revelan que inclusive cuando la mujer verbaliza, para el profesional de la salud, la violencia sufrida - que éste la identifica de otras formas, como las lesiones físicas, conforme constatamos - el profesional no toma el problema como demanda del campo de la salud.

Me sentí desamparado al no saber lidiar con la situación, porque la cuestión es más social que médica y cómo no tenemos servicio social aquí, en el PSF, quedamos perdidos, terminamos siendo un "tapa hueco" (Profesional 5).

Las declaraciones también revelaron sentimientos de impotencia de los profesionales de la salud frente a problemas y necesidades que escapan de la lógica de la medicalización dominante, conforme retrata el relato a seguir.

Una sensación de "hui!" precisaría de otras medidas para un resultado, para que aquella persona tuviese una vida más digna[...]Yo me siento sin medidas para poder ayudar en varios casos (Profesional 20).

La dimensión relacional del trabajo de la salud: el vínculo como posibilidad de fortalecimiento de las mujeres victimizadas

La dimensión relacional del trabajo de la salud fue enfatizada en los discursos como una necesidad relacionada al escuchar y a la creación de vínculos como posibilidades de fortalecimiento de las mujeres que experimentan violencia. En esta investigación, parte significativa de los profesionales, así como de las mujeres usuarias del servicio, se refieren a la necesidad de las mujeres, que experimentan violencia, de tener en quien poder confiar, que pueda escucharlas y acogerlas en el servicio de la salud.

A veces ella piensa que está enferma, programa consulta, viene aquí, a veces ella viene aquí y dice que cree tener dolor en la barriga, pero la verdad creo yo que ella quiere conversar[...] (Profesional 7).

[...] siempre encontraba alguna situación para venir, creo que para salir de casa, tener un apoyo (Profesional de la salud 10).

Ella Precisa de un espacio en que pueda intercambiar sus experiencias con las otras personas (Profesional 21).

En los discursos de las mujeres, la escucha y el vínculo también emergieron como necesidades de la salud sentidas y reconocidas.

Ese puesto ya me ayuda porque, a partir de la hora que yo salgo de casa,, yo soy tan feliz. Y solo salgo de casa para venir al puesto de salud o a recoger leche para el niño (Usuaría 10).

Yo estoy precisando mismo de una persona que entienda, yo soy difícil de llorar, de me abrir con alguien, es muy difícil [llora] (Usuaría 7).

En los discursos de las mujeres, la superación de traumas, el respeto, la alegría y la felicidad, fueron necesidades reconocidas con posibilidades de potencializar, a partir del acogimiento, el vínculo y la escucha en el servicio de salud. A partir de ese aspecto, comprendemos que, al hablar de necesidades sentidas, las mujeres enfatizan necesidades propiamente humanas, así como valorizan la fase humana de las prácticas profesionales al referirse a la necesidad de la salud.

Lo que yo más precisaba era que las personas me respetasen y yo tuviese paz en mí vida. Yo le pido a Dios todos los días. Yo quería tener alegría (Usuaría 5).

Precisaba sacar a mi madre de mi mente. Quiero volver a tener una vida normal, ser una persona alegre, feliz (Usuaría 4).

Discusión

El análisis de las declaraciones revela que el reconocimiento de las necesidades por parte de los profesionales de la salud, nos conduce a las *condiciones de vida* como determinantes del proceso salud-enfermedad, sin embargo limitan su significado las condiciones externas al ser humano, mediante una comprensión multifactorial del medio ambiente.

La estructura familiar, reconocida por los profesionales de la salud como determinante de la violencia, define gran parte de la reproducción social, de modo que los profesionales comprenden su composición desestructurada, como un aspecto relacionado también a la determinación de la violencia y que se relaciona a condiciones de vida comunes entre las familias del territorio que comprendió el escenario del estudio. También es observada la responsabilidad de las mujeres por esa determinación proveniente de una estructura familiar que sale de los moldes de la familia nuclear ideal, socialmente legitimada.

Algunos entrevistados apuntaron para la determinación de la violencia centrada en la dimensión singular, en que la mujer, o la situación es comprendida como causa o desencadenante de la violencia, en una visión acrítica y que no contempla el género en el problema. Los significados revelados en las declaraciones revelan las condiciones de vida cercenadas por una comprensión centrada en el individuo, en su dimensión singular.

En el discurso de los profesionales, se constató que las necesidades de la salud están relacionadas a condiciones de vida precarias, desempleo, falta de acceso a la renta, residencia, alimentación y dependencia

química. Los hallazgos apuntan fuertemente para las condiciones sociales de exclusión, a las cuales están sometidas familias que viven en las periferias de las grandes ciudades.

Así, las necesidades relacionadas y producidas en esa estructura social son responsables de captación, mismo antes de la expresión individual que se presenta travestida en demanda en el servicio de salud. Mediante los procesos de desgaste evidenciados en el territorio, esta característica debe ser el fundamento de toda la organización de las prácticas en el sentido de superar el modelo vigente de atención medicalizada, fragmentada e individualista.

Los discursos condujeron a la autogestión personal, a la motivación interna individual y a la toma de decisiones como necesidades que se relacionan a la *autonomía* para la emancipación de la opresión femenina. Entre tanto, en esa noción, puede estar implícito el riesgo de reduccionismo, que se traduce en que el servicio no se responsabiliza por el problema.

Los significados contenidos en los relatos conforman la autonomía como necesidad relacionada a la mujer como sujeto de su vida, así como la necesidad de fortalecerse para la administración de los conflictos. En varias declaraciones, la autonomía apareció relacionada a la conquista de la independencia financiera y al trabajo en el mundo público y se reveló como necesidad de las mujeres para su transformación y liberación de la opresión y violencia. Este fue un aspecto convergente con los discursos de los profesionales. Al revelar un discurso que apunta para la autonomía, los entrevistados superan la comprensión de necesidades de mantenimiento de la vida, apuntando para necesidades propiamente humanas, lo que significa un recorte de objeto que se amplía, indicando una cualidad que se revela en los discursos, a pesar de que dentro de los límites anteriormente mencionados.

Algunos estudios demuestran que las mujeres que experimentan violencia tiene algo más a decir además de las quejas que llevan a los servicios de salud, o sea sobre las relaciones de género, en las cuales la dominación masculina trata de imponer silencio a las mujeres que sufren relaciones violentas, de modo que, cuando buscan los servicios de salud, traen un discurso indirecto y casi siempre hablan de otras quejas^(4, 8). Ese aspecto puede ser explicado también por las respuestas que las mujeres, históricamente, han recibido de los servicios de salud, en las cuales sus necesidades son traducidas en demandas por asistencia a daños instalados, así los servicios instauran esas necesidades a las mujeres. Así,

ellas mismas las traducen en demandas físicas con la finalidad de ser acogidas por el servicio.

Las necesidades de la salud presentadas por las mujeres fueron reconocidas por los profesionales como demandas relacionadas a necesidades de asistencia a daños de orden físico, lo que traducimos en lo que puede ser denominado de *medicalización* de las necesidades de la salud. Los relatos apuntan para el reconocimiento de necesidades reducidas a la salud reproductiva de las mujeres, en un recorte individual. Fue significativa la mención a la necesidad de atención especializada de la salud mental, revelando lo que otras investigaciones también apuntan la dicotomía mente-cuerpo en el trabajo de la salud^(3,8,11). De ese modo, cuando un problema no está inscrito en el cuerpo o escapa a la lógica de la medicalización, como sucede con la violencia, está inscrito en la mente y requiere atención específica en el área de la salud mental.

La medicalización revelada en las declaraciones se puede traducir en una mayor prescripción de analgésicos, tranquilizantes y encaminamientos para servicios de salud mental para mujeres que viven en situación de violencia, inclusive cuando el diagnóstico no es registrado. De ese modo, como la raíz del problema no es tematizada, estas conductas pueden acabar por fortalecer procesos destructivos, además de que no ayudan a enfrentar el problema⁽³⁾.

La medicalización, identificada en los discursos de los profesionales, al hablar sobre necesidades *reconocidas*, no fue convergente con los discursos de las mujeres al expresarse sobre necesidades *sentidas*. Por tanto, los resultados presentados revelan que mismo cuando la mujer verbaliza, para el profesional de la salud, la violencia sufrida o que éste la identifique de otras formas (las lesiones físicas) el profesional no toma el problema como demanda del campo de la salud.

Los discursos conducen a significados que relacionan problemas sociales como atribución de servicios específicos de esa área, comprendiendo que, cuando actúa en esos aspectos, el profesional de la salud está llenando un vacío que no sería su atribución. Así, pensar en necesidades de la salud de mujeres que experimentan violencia como necesidades aisladas en los individuos y familias y, además, como problema social cuya atención le compete a otros campos y no al de la salud, es permanecer en una situación abstracta que no considera y no interviene en el enfrentamiento de los determinantes de la salud.

La Salud Colectiva constituye el campo teórico-práctico que articula las ciencias de la salud con las

ciencias sociales, siendo un área que se ocupa de los aspectos sociales relacionados al proceso salud-enfermedad, que interactúan, dialécticamente, con los aspectos biológicos, psíquicos y subjetivos. Se cuestiona el reduccionismo que naturaliza lo social y reproduce la interpretación medicalizante de la enfermedad y de las acciones de la salud, interpretando y actuando sobre los determinantes de la salud en las dimensiones singular (individual), particular (de los grupos) y estructural (de la estructura política e ideológica de la sociedad más amplia) de la realidad.

Divergiendo de ese cuadro interpretativo, la realidad medicalizadora, captada en los discursos aquí presentados, reproduce el conocimiento instrumental biologicista y multifactorial, centrado en el individuo y en la enfermedad. Además de eso, la violencia aparece bajo una comprensión que no contempla el género y que es naturalizada. Esa realidad resulta de todo un proceso histórico de construcción de la atención a la salud en nuestra sociedad y por consecuencia, de una formación académica todavía en los moldes biomédicos y androcéntricos.

Inclusive cuando enunciada, la violencia doméstica no es reconocida, ni considerada en la definición de necesidades por los profesionales de la salud para el trabajo, ya que no existen acciones técnicas previstas para eso⁽⁴⁾. Si, por un lado, las mujeres que experimentan violencia buscan los servicios de salud trayendo demandas sobre otras quejas, por otro, eso representa un desafío a ser superado por los servicios de salud: la traducción de esas demandas en las necesidades que las producen, considerando la violencia como siendo subalterna del género y determinante en ese proceso. Esos hallazgos refuerzan la importancia de desarrollar de medidas para reconocer la violencia y las necesidades que ella produce en las diversas instancias de atención a las mujeres. Los relatos de los profesionales revelan la impotencia sentida al encontrarse con la violencia como siendo un problema que escapa del campo de acción fundado en la lógica medicalizadora de la salud.

En este estudio, la interacción entre el discurso de los profesionales de la salud de la ESF y las mujeres victimizadas por la violencia de género, en lo que concierne al reconocimiento de necesidades de la salud, revela necesidades relacionadas a la autonomía, al vínculo y al escuchar, como siendo aspectos comunes en los discursos de profesionales de la salud y mujeres victimizadas. Ese aspecto apunta para necesidades propiamente humanas en la intersección entre los significados que las necesidades de la salud asumen para los dos grupos de

sujetos. En lo que concierne a las mujeres victimizadas, fue predominante el reconocimiento de las necesidades propiamente humanas (paz, superación de traumas, felicidad, alegría, vida sin violencia). Las necesidades medicalizadas, las relacionadas a las condiciones de vida y al mantenimiento de la vida, reveladas en los discursos de profesionales de la salud, no fueron identificadas en los discursos de las usuarias del servicio.

A partir de los *vínculos* establecidos entre profesionales y usuarias, determinados por la atención continua y por la proximidad que la ESF posibilita, se apuntan posibilidades de captación de la violencia y de sus necesidades. Además de eso, en el diálogo y en la escucha establecida en esa relación, existe potencial para la superación de traumas y el fortalecimiento de las mujeres. Se refiere a un potencial por no constituir una lógica concreta operativa en su totalidad, constituyendo además una posibilidad en la realidad objetiva de los servicios de la salud⁽⁴⁾.

Es importante que la escucha establecida en el contacto entre profesionales y usuarias no se traduzca, en la práctica, en un simple diálogo que permea la asistencia. La escucha calificada presupone la atención integral, la mirada atenta en la atención a las mujeres que experimentan violencia, lo que debe ser mediado por un conocimiento instrumental que considera el género, que aprehenda las necesidades de las usuarias, reconocidas como sujetos existentes e inseridos en una sociedad que determina la subordinación y la violencia.

Consideraciones finales

Los discursos expresados por las mujeres victimizadas y por los profesionales de la salud revelan divergencias y convergencias, mostrando las necesidades propiamente humanas como puntos en común con los significados que la salud asume para esos sujetos. Las necesidades que llevan a la autonomía femenina y al vínculo en la relación entre profesionales y mujeres usuarias del servicio, se revelaron como aspectos comunes en los discursos. Entre tanto, las entrelíneas de las declaraciones revelan una laguna en la utilización de las potencialidades surgidas de esa interacción por parte de los profesionales de la salud.

Las mujeres expresan necesidades propiamente humanas no reconocidas por los profesionales. Además de eso, el reconocimiento de las necesidades de buenas condiciones de vida y de medicalización, traducidas en daños físicos por los profesionales, no fueron aspectos significativos en los discursos de las mujeres usuarias.

En lo que concierne a las condiciones de vida, en especial en un territorio permeado por la exclusión social y violencia, el no reconocimiento, por parte de las mujeres, de la relación entre condición de vida y necesidades de la salud puede estar relacionado a la ausencia de crítica sobre la relación entre salud y sociedad, reflejando una visión idealizada que resulta de la construcción histórica de lo femenino en la sociedad.

La medicalización de las necesidades de la salud, así como la predominancia de las necesidades existenciales son una prioridad, de ese modo se relega las propiamente humanas, lo que revela un desencuentro entre las necesidades de las mujeres victimizadas y su comprensión por los profesionales.

Así, este estudio revela divergencias, apuntando para límites que deben ser considerados en la planificación de una atención a la salud efectiva para ese grupo social específico y para las posibilidades que deben ser profundizadas y fortalecidas, consideradas como factores potenciales para prevenir y enfrentar la violencia de género, en el ámbito de la salud, a partir de la relectura de las necesidades de las mujeres victimizadas.

Es apremiante la necesidad del reconocimiento de la violencia como siendo un problema y una demanda, cuya atención es inherente a los servicios de la salud. La traducción de las demandas expresadas por las mujeres en las necesidades que la produjeron, representa un desafío a ser superado. El reconocimiento de esas necesidades presupone, además, considerar la violencia y la subordinación de género como generadores de ese proceso. Así, el trabajo que califica la atención a la salud de las mujeres en situación de violencia debe superar el modelo biomédico de atención, que se limita al proceso de reproducción biológica, todavía caracterizando la mayoría de los procesos de trabajo de las prácticas de la salud de la mujer; así este modelo se mantiene fiel a la concepción positivista de ciencia. La superación de ese modelo implica en reexaminar la práctica profesional, puesto que, en la perspectiva de obtener la emancipación de la opresión de las mujeres, el conocimiento crítico sobre las necesidades de la salud - consecuencia de la situación de opresión que el abordaje de género encierra - es uno de los instrumentos que debe orientar todo el trabajo de las prácticas profesionales en esa área.

Referencias

1. 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.

2. Egry EY, Oliveira MAC, Ciosak SI, Maeda ST, Barrrientos DMS, Fonseca RMGS et al . Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na estratégia de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(spe2):1181-6.

3. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada HDJ. 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.

4. Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(2):304-11.

5. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11:1259-67.

6. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. Rev Saúde Pública. 2007;41(3):359-67.

7. Fonseca RMGS, Leal AERB, Skubs T, Guedes RN, Egry EY. Domestic violence against women from the perspective of the community health agent. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009;17(6):974-80.

8. Schraiber LB. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(10):2635-44.

9. Fonseca RMGS, Guedes RNG, Pereira KCM, ZALAF Pesquisa de gênero na produção de enfermagem: contribuição do Grupo de Pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem da EEUSP. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(esp2):1690-5.

10. Heller A. Teoria de las necesidades en Marx. 2.ed. Barcelona: Península; 1986.

11. Oliveira CC, Fonseca RMGS. Health family professionals' practices toward women in sexual violence situations. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(4):605-12.