

VIOLENCIA CONTRA A MULHER E A PRÁTICA ASSISTENCIAL NA PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Ethel Bastos da Silva¹, Stella Maris de Mello Padoin², Lucila Amaral Carneiro Vianna³

¹ Doutora em Ciências. Professora Adjunto do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: ethelbastos@hotmail.com

² Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: padoinst@smail.ufsm.br

³ Doutora em Saúde Pública. Professora Titular da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: lvianna13@gmail.com

RESUMO: Buscou-se conhecer e analisar as concepções de profissionais das equipes de saúde da família em relação à violência contra a mulher e à prática assistencial, por meio da pesquisa participante, desenvolvida em uma cidade localizada na região Noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Participaram trinta profissionais, em oito reuniões, que se constituíram em um processo de reflexão e aprendizagem, nos meses de setembro a dezembro de 2012. Os dados foram analisados por conteúdo temático. Os profissionais compreendem que a violência contra a mulher existe devido à hierarquia nas relações entre homens e mulheres, que confere mais poder ao homem, situação que o legitima a praticar a violência. A prática assistencial parte de uma concepção biológica do problema com tendência à social. Os cuidados direcionam-se ao tratamento da lesão física, escuta, orientação à denúncia e encaminhamento a setores especializados de saúde e assistência social.

DESCRIPTORIOS: Violência contra a mulher. Pessoal de saúde. Saúde da família. Assistência.

VIOLENCE AGAINST WOMEN AND CARE PRACTICE IN THE PERCEPTION OF THE HEALTH PROFESSIONALS

ABSTRACT: This study sought to investigate and analyze the conceptions of professionals from family health teams regarding violence against women and care practice, through participant research, undertaken in a city located in the northwest region of the state of Rio Grande do Sul, Brazil. A total of 30 professionals participated, in eight meetings, involving a process of reflection and learning, held in September - December 2012. The data were analyzed using content analysis. The professionals understand that violence against women exists due to the hierarchy and the relationships between men and women, which confers more power on men, a situation which legitimates male practice of violence. The care practice is based on a biological conception of the problem, with a tendency to the social. The care is directed towards the treatment of physical injuries, listening, guidance, denunciation, and referral to specialized health departments and the social service.

DESCRIPTORS: Violence against women. Health personnel. Family health. Assistance.

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y LA PRÁCTICA ASISTENCIAL EN LA PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

RESUMEN: Se ha buscado conocer y analizar las concepciones de profesionales de los equipos de salud de la familia, con relación a la violencia contra la mujer y a la práctica asistencial, por medio de la Pesquisa Participante desarrollada en una ciudad ubicada en la región noroeste del Estado de Rio Grande do Sul. Participaron treinta profesionales en ocho reuniones que se constituyeron de un proceso de reflexión y aprendizaje durante los meses de septiembre a diciembre de 2012. Los datos fueron analizados por contenido temático. Los profesionales comprenden que la violencia contra la mujer existe debido a la jerarquía en las relaciones entre hombres y mujeres en que se le confiere más poder al hombre, situación que lo legitima a practicar dicha violencia. La práctica asistencial parte de una concepción biológica del problema con tendencia a la social. Los cuidados se dirigen hacia el tratamiento de la lesión física, escucha, orientación a la denuncia y encaminhamiento a los sectores especializados de salud y asistencia social.

DESCRIPTORIOS: Violencia contra la mujer. Personal de salud. Salud de la familia. Asistencia.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é definida como aquela que lhe causa sofrimento e abuso pela condição de ser mulher. Essa caracterização direciona o problema para uma construção de gênero, porque as situações vivenciadas pelas mulheres são próprias da classe feminina, construídas nas relações entre homens e mulheres na sociedade em que estão inseridas.¹

Em termos de prevalência, estudo realizado com populações de baixa renda no mundo revela que uma em cada três mulheres irá experimentar violência física ou sexual por parceiro íntimo ou não íntimo.²

No Brasil, de acordo com dados do Anuário das Mulheres Brasileiras de 2011, 43,1% das mulheres já sofreram violência em sua própria residência, e entre todas as mulheres agredidas dentro e fora de casa, 25,9% dos agressores foram seus maridos ou ex-maridos.³

A violência contra a mulher provoca consequências para a saúde mental e reprodutiva,² e essas implicações contribuem para aumentar a procura das mulheres pelos serviços de saúde, os quais se mostram pouco resolutivos, causando altos custos para o sistema de saúde.⁴

A Atenção Primária à Saúde (APS), representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), é um dos locais privilegiados para atender a violência contra a mulher como demanda de saúde em uma perspectiva social.⁴ O Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) contempla ações nessa área,⁵ no entanto, o empenho das políticas públicas, para implementar atendimentos de casos de violência contra a mulher nos serviços de saúde, não provocou na prática assistencial dos profissionais impactos significativos. Os profissionais da ESF têm conhecimento de situações de violência contra a mulher em suas áreas e intervêm no tratamento das lesões e sintomas.⁶

Os motivos para a existência de práticas assistenciais biologicistas e fragmentadas advêm: da formação profissional; da organização do Sistema Único de Saúde (SUS) que, mesmo com um discurso que contempla as questões sociais e culturais, tem práticas centradas no modelo biologicista; e da falta de qualificação dos profissionais, de suporte institucional e de equipe multidisciplinar.⁵

Estudos internacionais revelam que os profissionais selecionam as mulheres para triar e justificam essa conduta pela alta demanda de trabalho, falta de apoio dos gestores aos profissionais,

número reduzido de trabalhadores da saúde, falta de tempo disponível para a escuta e desconhecimento em áreas como a saúde mental e jurídica.⁷⁻⁸

Assim como há práticas assistenciais tradicionais que mantêm a invisibilidade da violência nos serviços, há, também, as que valorizam as relações intersubjetivas e proporcionam transformações na vida das mulheres feitas de forma integrada aos serviços de saúde e demais setores complementares.⁹⁻¹⁰

A forma com que os profissionais concebem o agravo define como vai ser resolvido e determina a prática assistencial.⁴⁻⁶ Sendo assim, neste estudo teve-se como objetivo conhecer e analisar as concepções de profissionais das equipes de saúde da família em relação à violência contra a mulher e à prática assistencial.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, em que se adotou a pesquisa participante (PP) como método. A PP é uma pesquisa social com base empírica, pensada, planejada e realizada em associação com uma ação ou resolução de um problema coletivo, neste caso a violência contra a mulher, em que o pesquisador e os profissionais encontravam-se envolvidos com a questão e interagiram de modo cooperativo e participativo em busca do modo de orientar mulheres que sofrem violência. Com esse propósito, articulou-se investigação, educação e ação.¹¹

As fases metodológicas para a produção dos dados empíricos para a construção das oficinas educativas foram organizadas conforme as fases propostas por Le Boterf,¹² descritas na sequência.

Montagem institucional e metodológica da pesquisa participativa

Constituiu-se de três reuniões com os representantes da Secretaria Municipal de Saúde e Coordenadoria da Estratégia Saúde da Família e representantes do Colegiado de Gestão do Município para apresentar o estudo, obter a carta de autorização e encaminhar o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Após a aprovação do CEP, elaborou-se o cronograma das atividades previstas para acontecerem em oito encontros, e foram definidos o local, a data, o horário, as técnicas de produção dos dados empíricos e os participantes da pesquisa. A sede do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) foi o local escolhido para os encontros.

Participaram deste estudo profissionais das seis Equipes de Saúde da Família (EqSFs), constituindo-se de enfermeiras, médicos, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, dentistas, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. As seis unidades da ESF totalizaram 65 profissionais que foram convidados a participar da pesquisa. Os critérios de inclusão adotados foram ser profissional da EqSF e estar em exercício das atividades. Na pesquisa participante o critério qualitativo da amostra se baseou na concepção do grupo sobre o tema investigado. Em cada encontro, o número de participantes variou em quantidade e categoria. Os profissionais foram liberados do trabalho para participar do estudo.

Estudo preliminar e provisório da zona e da população em estudo

No primeiro encontro, realizou-se o Seminário Introdutório com apresentação da pesquisa, do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), e sua entrega para assinatura e recolhimento. A seguir distribuiu-se o questionário sociodemográfico para preenchimento, depois os participantes, 41 profissionais, foram divididos em cinco grupos para iniciar as discussões, com as questões indutoras: “o que você entende por violência?” e “como você atende as mulheres que vivem em situação de violência em sua realidade?” Foi utilizada a técnica de elaboração de cartazes para esta atividade, com a apresentação oral da síntese da discussão de cada grupo.

Análise crítica dos problemas considerados prioritários e que os pesquisadores desejavam estudar, e dos objetivos do estudo

No segundo encontro, identificaram-se e discutiram-se as situações limitadoras e potencializadoras da prática assistencial às mulheres em situação de violência com a participação de 31 profissionais; no terceiro encontro, debateram-se os problemas (limitações), causas da violência, soluções e ações para enfrentamento da violência, com a participação de 33 profissionais.

Programação e execução de um plano de ação

No quarto encontro, com 29 participantes, elaborou-se o problema da prática e organizou-se a ação pedagógica com a definição dos temas a serem estudados. No quinto encontro, com 34 participantes, debateu-se o tema: Reconhecimento

da violência contra a mulher, além da dimensão biológica. No sexto encontro, com 18 participantes, discutiu-se o tema: Acolhimento e abordagem das mulheres em situação de violência. No sétimo encontro, com 33 participantes, problematizou-se o tema: Rede de atenção integrada às mulheres em situação de violência. No oitavo encontro ocorreu o seminário final, em que 28 participantes fizeram uma avaliação da aprendizagem e das transformações percebidas na prática assistencial, momento em que se encerraram as atividades de pesquisa.

Os dados empíricos foram produzidos nos meses de setembro a dezembro de 2012, gravados e transcritos em cada fase do método.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal Paulista, sob o parecer n. 51866/2012. Com o objetivo de manter o anonimato, adotou-se a identificação com P para o participante, seguida de um número de acordo com a ordem de participação, representando a ideia do indivíduo, e RG para o relator do grupo, seguido de ordem de apresentação, representando a ideia do grupo.

Os dados empíricos que emergiram foram submetidos à análise de conteúdo temática.¹³ Neste estudo, as falas dos participantes foram transcritas, lidas inúmeras vezes e classificadas como unidades de registro. As que tinham o mesmo sentido foram agrupadas e lidas foram dadas unidades de significados, pois representavam o mesmo conteúdo temático. Em um segundo momento as unidades de significados e as unidades de registros foram lidas novamente e reagrupadas em duas categorias: violência de gênero, com as subcategorias: relações de desigualdade e ausência de apoio quando solicitado; e prática assistencial à mulher em situação de violência, com as subcategorias: iniciando pelo cuidado biológico e cuidado psicossocial.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para compreender a violência contra a mulher e a prática assistencial, na percepção dos profissionais de saúde, o estudo apresenta a violência de gênero como categoria analítica no ciclo da violência contra mulher, e a influência da concepção da construção social, histórica, econômica e cultural de gênero em sua ocorrência, revelando a visão da violência contra mulher desses profissionais. No plano das práticas, busca-se analisar o modelo assistencial em que operam os profissionais no enfrentamento da violência de gênero, discutin-

do-se o que se preconiza no campo da política e o que se realiza na prática. Nessas perceptivas, os resultados permitem analisar as concepções desses profissionais nas dimensões violência de gênero e modelo assistencial.

Violência de gênero

Da análise dos dados realizada de acordo com a categoria reveladora “violência de gênero”, mencionada anteriormente, apresenta-se a subcategoria relações de desigualdade. Observou-se que os profissionais da EqSF, deste estudo, relataram que nas relações socioafetivas, frequentemente a mulher é submissa ao homem e que ele tem autoridade sobre ela, o que é apresentado na fala a seguir.

Falando nisso do homem ser mais forte, a gente achou isso aqui bem interessante: o homem é meu general. muitas vezes a mulher acha que deve obediência ao homem e cala para muita coisa que o homem fala e faz [...] (P1-RG1).

As mulheres, submetidas a um sistema de socialização que as enfraquece e desqualifica, tendem a aprender atitudes de abnegação, resignação e silêncio. As relações entre os sexos nos espaços público e privado são permeadas por assimetria de poder e elaboração social e cultural da identidade feminina, como mulher passiva e dependente que dá ao homem a condição de opressor e dominador.¹⁴ Quando a mulher vive em uma condição de subordinação ao homem, a violência é agravada, pois isso a coloca em situação de vulnerabilidade a atitudes masculinas excessivas, porque ela não é sujeito de sua própria vida.¹⁵ A ideia de que a mulher é submissa ao homem, expressa pelos profissionais deste estudo, contribui para a ocorrência da violência, o que é confirmado em outro estudo que diz que a desigualdade nas relações de gênero é considerada causa da violência contra mulher.⁵

Ao refletir sobre o tema, os profissionais deste estudo dizem que a mulher, de forma resignada, aceita as funções de cuidar da casa, dos filhos e marido, e trabalhar fora para contribuir para aumentar a receita familiar, o que é exposto na fala a seguir:

[...] desde novinha é instigada a trabalhar, ela que ganha o nenê para cuidar, ela ganha tudo para cuidar, o homem sempre fica com o carro e o trabalho fora de casa para sustentar o lar. Ela tem que contribuir para sustentar o lar e sempre sofrendo as agressões [...] (P5-RG5).

Quanto à desigualdade de papéis entre os sexos, ao homem cabe trabalhar fora para sustentar

a família, e à mulher, o cuidado dos filhos. A cultura reforça o papel do homem atuando no espaço público, e a mulher, no espaço privado. Observa-se a presença da divisão social do trabalho em uma perspectiva clássica, conhecida como divisão sexual do trabalho, porque obedece ao critério de sexo.¹⁶ Nas relações sociais de dominação, à mulher cabe o trabalho caracterizado como doméstico, escondido, sujo, vergonhoso e humilde, enquanto que ao homem compete o trabalho oficial, público e perigoso.¹⁴ Mesmo a mulher sendo provedora do lar, não consegue se enxergar com autonomia na relação e continua sofrendo agressões devido às normas sociais e culturais inculcadas. Situação semelhante é observada neste estudo, pois mesmo ela contribuindo com atividades no lar e financeiramente não se sente potencializada para enfrentar a violência. O fato de a mulher trabalhar fora e contribuir para o sustento da família ou mesmo ser provedora pode tencionar a relação, pois há mudança no papel da mulher, a qual contraria a norma social que dá poder ao homem, o que pode gerar a violência.⁹

Na subcategoria “ausência de apoio”, quando solicitado, conforme o dizer dos profissionais, as mulheres em situação de violência por parceiro íntimo ou não íntimo pedem ajuda às pessoas mais próximas: familiares, amigos e até mesmo, a estranhos, mas nem sempre o auxílio está disponível. Geralmente há omissão de ajuda por parte dos homens conhecidos. A compreensão é de que, se fosse um amigo do sexo masculino pedindo ajuda, provavelmente ele a teria recebido. A fala confirma:

[...] ela pediu ajuda, mas ninguém quis ajudar. [...] Houve uma omissão muito grande, só que a gente achou que ela, de repente, não tenha dado tamanho valor ao medo que ela estava sentindo pelo fato de ser mulher, estava em uma casa, tinha horário para chegar na casa dela e ela teve medo de atravessar aquela ponte pelo fato de ser mulher. O amigo não quis sair com ela para não ser exposto [...] ela pediu ajuda, [ele não ajudou porque] não tinha nada que ver com isso, pelo fato dela ser mulher. De repente se fosse um homem ali, pedindo ajuda, talvez ele fosse ajudar (P5-RG5).

A ajuda que o amigo negou está relacionada ao papel tradicional de gênero, mostrando a reiteração da desigualdade e de hierarquia existente para manter a sujeição e a inferioridade de um sexo em relação ao outro.¹⁴ O pedido de ajuda, inicialmente, ocorre em seu meio social e a mulher espera solidariedade e proteção, o que nem sempre lhe são oferecidas. Geralmente, as mulheres discorrem

sobre a violência vivida com familiares e amigos, no entanto, não recebem empatia e solidariedade, isto devido à compreensão de gênero e família alicerçada em modelos tradicionais.¹⁷ Devido à ordem cultural e moral da hegemonia masculina existente no relacionamento, as mulheres que sofrem violência apresentam sentimentos ambíguos, e as pessoas que lhe são próximas também, o que as faz ignorarem o acontecimento ou não acreditar que devam intervir, contribuindo para a invisibilidade da violência de gênero.¹⁸

A mulher sai de casa para pedir ajuda quando sofre uma violência severa e/ou ameaça à vida. Essas duas situações fazem com que procure pelo serviço de segurança pública e de polícia, o que é confirmado nas falas:

[...] *há poucos dias, há questão de uma semana, menos que isso, aconteceu na área em que eu atuo um caso de violência doméstica. Os vizinhos acabaram chamando o SAMU e a brigada militar, porque a mulher saiu do pátio dela [...]* (P4-RG4).

[...] *a mulher sofreu violência em casa [...] não procurou ninguém a não ser a delegacia [...]* (P2-RG2).

A ocorrência da violência está atrelada, predominantemente, ao espaço do domicílio, e nesse espaço, a dominação é masculina. Nesse aspecto, a violência de gênero tem como fonte a “falocracia” alimentada pela cultura.¹⁶ A violência de gênero ocorre no espaço familiar em virtude da ausência de respeito entre homem e mulher, podendo ser desencadeada pela resistência feminina, quando questiona a autoridade masculina.⁹ No momento em que as mulheres saem do domicílio, elas solicitam proteção policial e não a obtêm, porque a segurança das mulheres não é considerada prioritária para esses serviços.¹⁶ Este estudo reforça a ideia de que a busca por ajuda nos serviços está condicionada à maneira como a mulher sente a gravidade do caso e a necessidade de proteção, o que é confirmado em outro estudo.¹⁹

A mulher que sofre violência por parceiro íntimo é abandonada pela família e precisa se sujeitar e aguentar, pois a própria família a culpa pela violência vivida e não a incentiva a enfrentar a situação, como é identificado na fala:

[...] *o abandono da família, eu falo no sentido assim, muitas vezes acontece é que a própria família da mulher, instituída pelo pai, não a culpada é você, porque você puxou toda essa situação e provocou teu marido, então sabe a mulher se sente totalmente abandonada e perdida nesse caso [...]* (P4-RG4).

A concepção de que a mulher deve aguen-

tar e se sujeitar baseia-se no pressuposto de que ela é obrigada a suportar agressões de todos os tipos, porque esse é seu destino. Nesse sentido, as divisões constitutivas das relações sociais de dominação estão instituídas entre os gêneros a partir de corpos masculinos e femininos, conferindo a ambos práticas distintas e a concepção de que às mulheres cabe viver em um mundo limitado, em que elas “não podem tornar-se senão o que elas são”.^{14,41} Elas são condenadas a dar seguimento a uma identidade socialmente designada. E a família tem um papel importante na reprodução e perpetuação da ordem dos gêneros da dominação masculina.¹⁴ Nessa linha, estudo mostra que as mães e as sogras são consideradas um apoio social das mulheres, embora, muitas vezes, por terem uma concepção ambígua da situação de violência, deixem a mulher em dúvida quanto à culpabilidade em relação à violência e ao direito de abrir mão da instituição familiar. Quando o filho bate na nora, a sogra fica ao lado do filho, não dá apoio à nora e reforça a ideia de que o casamento é indissolúvel.¹⁰ A ideia de que família deve manter-se de qualquer forma é muito resistente.¹⁶ A naturalização da violência pelo homem e pela mulher se deve à construção social do gênero, que é permeada pela ideologia dominante androcêntrica.⁹

A prática assistencial à mulher em situação de violência

Na subcategoria Iniciando pelo cuidado biológico, os profissionais das EqSFs discutiram sobre a prática assistencial em seu cotidiano e perceberam que o cuidado inicialmente é dirigido ao tratamento das lesões com medicamentos, o que está expresso nas falas:

[...] *a gente tende a atender a lesão, o ferimento* (P3-RG3).

[...] *a gente vai cuidar e vai tratar os ferimentos* (P2-RG2).

A prática profissional pautada em conceitos e considerações relacionadas à clínica médica faz com que haja a predominância da abordagem sobre as lesões ou disfunções orgânicas e as ações são dirigidas ao corpo, sem incluir as questões relacionadas ao ambiente social e cultural.^{6,17} Essa tendência para a prática assistencial reduzida ao biologicismo e fragmentada também foi identificada em estudo feito em maternidade filantrópica, em Ribeirão Preto-SP.⁵ Outro estudo, realizado na cidade de Matinhos-PR, Brasil, mostrou que os profissionais pautam suas práticas em pressu-

postos biologizantes, priorizando as lesões físicas e medicalização em casos agudos.²⁰

A prática assistencial pautada no modelo biológico e medicalizante mostra a base da formação desses profissionais e, por isso, a valorização da queixa física e do sinal para reconhecer a patologia, tratar e cuidar. Nesse aspecto, a prática assistencial à mulher restringe-se ao cuidado técnico,⁶ consoante com a prática assistencial biomédica em que o diagnóstico e a terapêutica medicamentosa são considerados boa prática. Intervir imediatamente no caso é sempre melhor do que observar, esperar e ensinar, o que leva à invisibilidade da violência de gênero e ao desconhecimento das várias formas de apresentação em diversos contextos. Reconhecê-las certamente exigiria outras formas de intervenção, como elaborar planos para abordar o que não é patológico, apropriando-se de melhores condições de comunicação, o que leva a aprender a trabalhar com as emoções e subjetividades próprias e das mulheres, requerendo posicionamentos profissionais claros, éticos e políticos.¹⁸

Na subcategoria Cuidado psicossocial, na continuidade do debate, houve a percepção de que, além dos cuidados com o ferimento, os profissionais escutam, orientam, encorajam a denúncia e encaminham a mulher aos Serviços de Saúde Mental e de Assistência Social do município, o que vem expresso nas falas a seguir:

[...] nós primeiro temos que ouvir a vítima, [...] nós vamos poder [...] orientar, incentivar a denúncia [...] (P6).

[...] a gente escuta, orienta [...] denunciar o companheiro, [...] procura encaminhar ao serviço de psicologia e assistência social [...] (P2-RG2).

A escuta, a orientação e o acolhimento à mulher por meio de um diálogo, com a construção de um projeto compartilhado de enfrentamento da violência, é uma prática que pode levar à resolução do agravo.⁴ Estudo mostra que os profissionais percebem que estão em uma posição ideal para a escuta e incentivo para a mulher falar, para dar apoio sem julgá-la.⁸ Por outro lado, a escuta pode ser paliativa, no caso de o profissional ouvir a história da mulher e simplesmente encaminhá-la para outro serviço.¹⁷

Quanto à orientação e incentivo à denúncia e ao encaminhamento da mulher para denunciar, também foram práticas evidenciadas em estudo de Porto Alegre-RS, Brasil, com profissionais de saúde.¹⁷ Essa conduta mostra que esses profissionais estão seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde quanto à respon-

sabilidade do setor de saúde,² mas, entre os limites de trabalho nas EqSFs, observa-se pouco foco no enfrentamento dos determinantes sociais de forma intersetorial.²¹

No que tange ao encaminhamento ao setor de psicologia, nota-se a preocupação com os aspectos emocionais da mulher por parte dos profissionais, reforçando a compreensão de que a violência gera distúrbios psicológicos a serem atendidos por outro setor da saúde que, supostamente, seria o responsável. Estudo realizado em São Paulo-SP revelou que os profissionais solicitavam aos serviços de saúde mental para atenderem as mulheres em situação de violência.²²

Há a concepção de que esse problema é pertinente aos psicólogos. Os demais profissionais de saúde identificam o tema como trabalho do psicólogo, considerando que na formação clínica eles são preparados para lidar com o sofrimento emocional das pessoas e identificar e trabalhar com os afetos na relação terapêutica. Além disso, os psicólogos também integram, na sua prática assistencial, ações direcionadas ao fortalecimento das mulheres, promoção da autoestima e autonomia, elaboração da situação de violência e a superação da condição e mudanças nos padrões de relacionamento familiar.²³

No que se refere ao encaminhamento ao serviço de assistência social, observa-se a preocupação com a oferta de condições de caráter social para a mulher, reforçando que as necessidades biosociais são prestadas por outro setor que não o da saúde. A violência demanda ações da assistência social, com o objetivo de informar sobre os benefícios que auxiliem a melhorar a qualidade de vida ou que contribuam para o enfrentamento da violência.²³ Estudo realizado em unidades de saúde de Ribeirão Preto-SP, Brasil, mostrou que, após avaliar a situação de risco da mulher, os profissionais da saúde a encaminham à assistente social para que faça uma investigação mais detalhada da situação e, a seguir, o caso passa a ser trabalhado com a equipe de saúde.²⁴

O encaminhamento das mulheres, como uma das condutas da prática assistencial, a serviços complementares especializados, configura a fragmentação dos serviços de saúde e sociais, reforçando a ideia de divisão das necessidades biopsicossociais e biológicas quando transformadas em práticas assistenciais. Situação semelhante foi evidenciada em estudo realizado em uma unidade básica de saúde da família em São Paulo-SP.²² Por outro lado, a complexidade do problema sugere

uma prática assistencial exercida por uma equipe multiprofissional de saúde e intersetorial que interaja na solução do problema.²⁴ Essa realidade nem sempre está presente nos serviços de APS, o que limita a atuação das práticas assistências.^{6,17,20,25}

À medida que as discussões progrediam, os profissionais identificavam que o cuidado era prestado de acordo com a demanda, sem protocolo e fluxo de atendimento nas Unidades de Saúde da Família e na rede de atenção integrada do município, o que é expresso nas falas:

[...] a gente tenta resolver o problema da pessoa sem tentar visualizar como vai ser daqui para a frente, porque ela está precisando, para não deixar ela com o problema, com essa deficiência, e depois a gente vai ver o que faz com os outros, a hora que forem aparecendo. Hoje a realidade é essa, é atender a demanda (P5-RG5).

[...] é atender a situação individual, tentar buscar a psicóloga e apoio, dentro das possibilidades, mas não quer dizer que isso esteja organizado no município, ou seja para todos (P9).

Constata-se que há serviços da APS que também operam atendendo à demanda espontânea das usuárias e as ações ficam no âmbito das unidades.⁶ Diante da evidência de casos de violência, os profissionais atuam e sentem a necessidade de pautar suas ações em um protocolo, condição relacionada à concepção da visão biológica de atendimento e pela falta de habilidade em tecnologias específicas para atender demandas que extrapolam as expectativas desse modelo de atenção, o que também foi observado em estudo realizado em São Paulo-SP.²⁵

A precariedade de recursos tecnológicos dos profissionais para atuarem nas situações de violência faz com que sintam a necessidade de orientar as práticas assistenciais por protocolos, os quais têm uma sequência de ações a serem realizadas. O protocolo significa uma ferramenta potente para guiar as práticas e dá segurança aos profissionais.⁵

A ausência de um serviço organizado em rede para atender a mulher pode colaborar para que os profissionais não se sintam comprometidos para atender à demanda de mulheres em situação de violência.²⁵

Atender à demanda, para esses profissionais, infere que o trabalho na ESF ainda não atende ao modelo direcionado às necessidades de saúde das mulheres em situação de violência. Isso também é observado em estudo que aponta pouco avanço na prática assistencial na ESF como modelo de reorientação na atenção, quando se refere à

vigilância e à promoção da saúde, e requer uma política de organização intersetorial. A ausência de uma política intersetorial de saúde pode deixar os profissionais inseguros quanto ao potencial resolutivo da ESF, pois o setor de saúde, por si só, não consegue abordar as questões sociais que implicam o processo saúde-doença.²¹

Quando durante a prática assistencial, na escuta, além da violência, as mulheres relatam situações como desemprego, falta de apoio familiar, violência geracional e a violência estendida aos filhos, a opção de cuidado se restringe a encaminhamentos ao serviço de assistência social e ao serviço de psicologia, como expressa a fala a seguir:

[...] às vezes chega a situação, tu tá com a mulher sentada na tua frente ali, falando coisas bem mais do que a violência, não tem trabalho, não tem para onde ir, os filhos também apanham, a mãe apanhava, o pai apanhava, tu pensas: eu posso encaminhar para a psicóloga, ver um aluguel social (P9).

Os casos que não cabem na concepção biologicista e medicalizante da prática assistencial e escapam aos processos biológicos, os profissionais buscam apoio em áreas especializadas do setor de saúde. Os problemas sociais dificilmente vão ser resolvidos na Unidade de Saúde da Família. Quando as queixas são de ordem psicológica ou social, as ações dos profissionais são encaminhamentos, o que nem sempre significa resultados positivos.¹⁹ Sob o pensamento biomédico de intervenção, quando a queixa não é especificada como doença, ela é reconhecida como sendo de competência social e/ou psicológica. A dor, que transcende o aspecto fisiológico, não é tratada como uma necessidade de saúde e, provavelmente, não será incluída na assistência pelos profissionais que atuam na APS, configurando uma negação do problema violência contra a mulher como integrante da saúde na perspectiva biológica.⁷ Essa concepção inflige restrições de reconhecimento identitário a questões sociais como problema de saúde. A invisibilidade da violência contra a mulher e a negação da existência como problema acontecem, também, no campo social, marcadas pelas questões de gênero que causam a própria violência. As iniquidades sociais e de gênero, tomadas como oportunidades de intervenção na saúde, tornam-se um grande desafio no sentido de mobilizar ações profissionais comprometidas com os direitos humanos e das mulheres com mais equidade nas questões de gênero.¹⁸

Observa-se que a área da saúde tem problemas para agir quando as questões identificadas

são compreendidas como culturais, sociais e/ou psicológicas, no entanto, é necessário que a situação de violência seja acolhida na complexidade que a gravidade do agravo impõe, por meio de uma escuta responsável em que haja a exposição de opções acessíveis nas áreas de segurança, jurídica, psicológica e da assistência social, e áreas de apoio.¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais deste estudo se expressaram dizendo que nas relações socioafetivas a mulher é submissa ao homem e aceita, de forma resignada, funções como cuidar dos filhos e da casa e atitudes violentas por parte do parceiro. Ela pede ajuda aos amigos e familiares, mas nem sempre a obtém devido à ideia de que o problema é de cunho doméstico/privado, e que a mulher deve obedecer ao parceiro e manter-se na condição que vive. Quando sente ameaça à sua vida, a mulher solicita os setores da polícia e de segurança pública, mas esse suporte é pontual.

A ideologia contida na prática assistencial das EqSFs foi a concepção biologicista direcionada à medicalização, com tendência a uma prática ampliada que compartilha o problema e a proposta de solução com serviços de saúde e intersetoriais.

A qualificação desses profissionais sobre violência de gênero pode contribuir para a melhoria da prática assistencial. A reflexão e a discussão da prática assistencial, na perspectiva do gênero, podem subsidiar os profissionais na construção de condutas e fazer com que pensem em mecanismos que suplantem as dificuldades conjugais de mulheres e homens que vivem em situação de violência, geradas pelas desigualdades de gênero e que tensionam as relações.

O resultado do estudo contribui para que os profissionais da enfermagem e da área de saúde possam refletir sobre a condução de uma prática assistencial à mulher em situação de violência, que lhe dê acolhimento orientado pelo modelo de saúde social.

REFERÊNCIAS

1. Scharaiber LB, D'Oliveira AFPL. Violência contra as mulheres: interfaces com a saúde. *Interface*. 1999 Ago; 3(5):11-26.
2. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Geneva (SW): World Health Organization; 2013.
3. Dieese. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Anuário das Mulheres Brasileiras. São Paulo (DF): Dieese. 2011
4. D'Oliveira AFPL, Scharaiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero - uma alternativa para atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009 Jul-Ago; 14(4):1037-50.
5. Lettiere A, Nakano MAS, Rodrigues DT. Violência contra mulher: visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2008 Set; 42(3):467-73.
6. 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 Mar; 16(3):1943-52.
7. Joyner K, Mash BMC. A comprehensive model for intimate partner violence in South African primary care: action research. *BMC Health Serv Res* [online]. 2012 [acesso 2013 Out 01]; 12(399). Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/399>
8. Yeung H, Chowdhury N, Malpass A, Feder GS. Responding to domestic violence in general practice: a qualitative study on perceptions and experiences. *Intern J Family Medic* [online]. 2012 [acesso 2013 Out 01]; 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3502852/>
9. Franzoi NM, Fosneca RMGSP, Guedes RN. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011 Maio-Jun; 19(3):589-97.
10. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Villela WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013 Mai; 18(5):1293-304.
11. Brandão CR. A pesquisa participante e a participação da pesquisa: um olhar entre tempos e espaços a partir da América Latina. In: Brandão CR; Streck DR (org.) *Pesquisa Participante: o saber da partilha*. 2ª ed. Aparecida (SP): Idéias & Letras; 2006. p. 20-54.
12. Le Boterf G. Pesquisa participante: propostas e reflexões metodológicas. In: Brandão, CR (org.) *Repensando a Pesquisa Participante*. 2ª ed. São Paulo (SP): Brasiliense; 1985. p. 51-81.
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo (SP): Edições 70; 2009.
14. Bourdieu P. *A dominação masculina*. 11ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Bertran Brasil; 2012.
15. Andrade CJM, Fonseca RMGS. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2008 Set; 2(3):591-5.
16. Safiotti HIB, Gênero, patriarcado e violência. São Paulo (SP): Ed Brasil Fundação Perseu Abramo; 2004.

17. Mengehel SN, Bairros F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Collaziol 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 Abr; 27(4):743-52.
18. Schraiber LB, D' Oliveira AFPL, Portella AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Ciência Saúde Colet*. 2009 Jul-Ago; 14(4):1019-27.
19. Santi LN, Nakano MAS, Lettiere A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. *Texto Contexto Enferm*. 2010 Jul-Set; 19(3):417-24.
20. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013 Jun; 29(6):1230-40.
21. Silva LA, Cassote CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet*. 2013 Jan; 18(1):221-32
22. Guedes RN, Fonseca RMGS, Egly EY. Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 Abr; 47(2):304-11.
23. Hanada H, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. *Rev Estud Fem*. 2010 Jan- Abr; 18(1):33-59.
24. Vieira EM, Ford NJ, Ferrante FG, Almeida AM, Daltoso D, Santos MA. The response to gender violence among Brazilian health care professionals. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013 Mar; 18(3):681-90.
25. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev Saúde Pública*. 2012 Abr; 46(2):451-8.