

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*“Pesquisa-ação na gestão da educação e do processo de trabalho em saúde:  
uma ferramenta estratégica para acolhimento qualificado da violência entre  
parceiros íntimos na gravidez”*

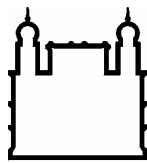
*por*

*Sônia Maria Dantas Berger*

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na  
área de Saúde Pública.*

*Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Karen Mary Giffin*

*Rio de Janeiro, maio de 2010*



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



*Esta tese, intitulada*

***“Pesquisa-ação na gestão da educação e do processo de trabalho em saúde:  
uma ferramenta estratégica para acolhimento qualificado da violência entre  
parceiros íntimos na gravidez”***

*apresentada por*

***Sônia Maria Dantas Berger***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Cecília de Mello e Souza

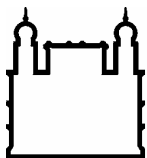
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Regina Helena Simões Barbosa

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Corina Helena Figueira Mendes

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jussara Cruz de Brito

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Karen Mary Giffin – Orientadora

*Tese defendida e aprovada em 12 de maio de 2010.*



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

## A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 12 de maio de 2010.

---

**Sônia Maria Dantas Berger**

CG/Fa

Serviço de Gestão Acadêmica - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo – Manguinhos-RJ – 21041-210  
Tel.: (0-XX-21) 2598-2730 ou 08000230085

E-mail: [secasp@ensp.fiocruz.br](mailto:secasp@ensp.fiocruz.br) Homepage: <http://www.ensp.fiocruz.br>

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

B496 Berger, Sônia Maria Dantas  
Pesquisa-ação na gestão da educação e do processo de trabalho em saúde: uma ferramenta estratégica para acolhimento qualificado da violência entre parceiros íntimos na gravidez. / Sônia Maria Dantas Berger. Rio de Janeiro : s.n., 2010.  
xvi, 168 f.

Orientador: Giffin, Karen Mary  
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Violência contra a Mulher. 2. Gravidez. 3. Gênero e Saúde. 4. Saúde Materno-Infantil. 5. Acolhimento. 6. Educação Profissional em Saúde Pública. 7. Pesquisa nos Serviços de Saúde. 8. Pesquisa-Ação. 9. Trabalho em Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.83

A cada profissional de saúde entrevistado e a todos enquanto equipe participante do 'Projeto VDG', dedico esta tese, porque representaram e representam, enquanto trabalhadores-sujeitos-cidadãos, a possibilidade de fazer do trabalho em saúde um 'inédito-viável'.

*“Logo, o inédito-viável é a materialização historicamente possível do sonho almejado. É uma proposta prática de superação, pelo menos em parte, dos aspectos opressores percebidos no processo de conhecimento que toma como ponto de partida a análise crítica da realidade. O risco de assumir a luta pelo inédito-viável é, pois, uma decorrência da natureza utópica, própria da consciência crítica, e encerra em si uma perspectiva metodológica, visto que faz do ato de sonhar coletivamente um movimento transformador.”*

(Freitas, 2005:6) \*

(\*) FREITAS AL de. **Pedagogia do inédito-viável: contribuições de Paulo Freire para fortalecer o potencial emancipatório das relações ensinar-aprender-pesquisar.** [Apresentado no V Colóquio Internacional Paulo Freire; 2005 set. 19-20; Recife, Brasil].

## AGRADECIMENTOS

A todos e todas que, direta ou indiretamente, participaram de meu processo de ‘doutoramento’, minha gratidão e reconhecimento.

À minha querida orientadora e amiga, Karen Giffin, que sempre ao meu lado esteve, compartilhando conhecimentos, afetos, responsabilidades e, principalmente, seu modo íntegro, justo e solidário de estar no mundo, fonte permanente de estímulo à minha persistência no caminho acadêmico e crescimento pessoal. Fui privilegiada e me sinto lisonjeada pela oportunidade que tive, desde os tempos do Mestrado, de integrar o grupo de pesquisa em ‘Gênero e Saúde’ coordenado por ela que, de forma pioneira, investiu com seriedade e competência em uma linha de pesquisa tão fundamental e, por vezes, ainda tão negligenciada na interface entre as Ciências Sociais e a Saúde.

À amiga e médica sanitaria Tizuko Shiraiwa, principal inspiradora da minha opção de luta pelo direito incondicional das mulheres à maternidade segura, em especial frente ao complexo fenômeno da violência entre parceiros íntimos na gravidez. Como profissional e pesquisadora ela é, para todos e todas que atuam neste campo, referência e ‘ Professora Emérita’ na prática da gestão da assistência integral à saúde das mulheres.

Às professoras doutoras Regina Helena Simões- Barbosa e Corina Helena Mendes Figueira, desde a banca de qualificação e às professoras doutoras Maria Cecília de Mello e Souza, Jussara Cruz de Brito e Vanda D’acri que, reunidas na qualidade de ‘examinadoras’ da tese, trouxeram reflexões e sugestões que só engrandeceram nosso trabalho e marcaram positivamente um momento de interlocução tão especial e único.

Ao Dr. Carlos Malvone e sua equipe, que fizeram toda a diferença na concretização e êxito da experiência de pesquisa-ação aplicada aos serviços de saúde para qualificação da atenção frente à violência na gravidez.

À psicóloga e pesquisadora Janaína Marques de Aguiar, pela dedicação e apoio na implementação das atividades do ‘Projeto VDG’, revelando-se no dia-a-dia da pesquisa-ação e, diante das inevitáveis ‘inquietações’ no lidar com o tema da ‘violência’, como uma pessoa e profissional sensível e comprometida com o ‘cuidado’ e a ‘solidariedade’ como valores, tanto na assistência em saúde como nas relações de amizade, como a que construímos no decorrer desta intensa e diferenciada relação de trabalho.

À equipe do “*Projeto de Consultoria, Treinamento e Desenvolvimento de Sistema de Informação e Monitoria para o Programa de Assistência Hospitalar à Gestaçã de Alto Risco*” (IFF-FIOCRUZ/PAISMCA-SESDEC/RJ) que representada nas pessoas da Dr<sup>a</sup> Cynthia Magluta e Dr<sup>a</sup> Leda Aquino viabilizaram o apoio financeiro e logístico ao “Projeto VDG” em atividades e despesas essenciais.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, pelo apoio financeiro parcial concedido ao ‘Projeto VDG’((*processo 50.5607/2004-2*).

À Fundação Oswaldo Cruz pela bolsa concedida para o estudo de doutorado.

Aos professores da Pós-graduação Stricto Sensu da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), em especial a Antenor Amâncio, Carlos Otávio Fiúza, Creuza Azevedo e Marilene de Castilho Sá, pelos valiosos ensinamentos e reflexões propiciados por suas disciplinas no aprimoramento do estudo.

À equipe da Secretaria do Departamento de Ciências Sociais da ENSP, que nas pessoas de Érika, Moacyr e Jefferson contribuíram pontualmente com sua disponibilidade e o apoio operacional em todo percurso do Projeto VDG e do doutorado.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Allene Lage (CAA/UFPE), por compartilhar sua luta por uma ‘ciência militante’ e investir em nosso trabalho frente à ‘VPI’ enquanto possibilidade de produção política e socialmente responsável.

À amiga Marina Mercante, por sua generosidade e sensibilidade de sempre.

Ao meu ‘mais que’ estimado marido e parceiro Ricardo, por sua firmeza, amorosidade e alegria sempre presentes em nosso ‘levar a vida a dois’ (e a quatro), com cumplicidade, leveza e amor.

Aos meus filhos Pedro e Mariana pela vibração e compreensão frente os meus ‘desafios’ profissionais, os quais demandaram, algumas vezes, que minha participação se desse de forma mais distanciada de nosso delicioso cotidiano familiar.

À minha irmã Lúcia, para sempre minha adorável ‘Aia’, que há mais tempo que eu aposta no trabalho em saúde pública como escolha e desafio profissional, um exemplo de persistência e resistência na luta pelo SUS que queremos.

Finalmente, aos meus pais, que continuam me ensinando, agora mais do que nunca, através de suas demandas e perspectivas enquanto ‘idosos’, sobre a importância da dignidade e do respeito, como referenciais de vida e cidadania.



## RESUMO

A violência na gestação relaciona-se a um padrão muito grave de violência e pode ser mais freqüente do que outros agravos rastreados durante o pré-natal. Embora o rastreamento e acolhimento dos casos nos serviços sejam recomendados, no cenário brasileiro, nem a busca ativa das mulheres em situação de violência e, nem tão pouco a formação em saúde prepara os profissionais para lidarem com o problema.

Partindo do questionamento sobre que propostas político-pedagógicas poderiam contribuir para uma qualificação profissional em saúde diferenciada e, baseando-se na experiência de um projeto de pesquisa-ação(Projeto VDG), desenvolvido em hospital público com vistas a 'formar' profissionais de saúde para a abordagem da violência doméstica na gravidez, o estudo de doutorado objetivou analisar o fenômeno da violência doméstica na gravidez (VDG), com foco na violência entre parceiros íntimos(VPI) e o uso da pesquisa-ação(PA) como ferramenta estratégica na qualificação da atenção em saúde, desdobrando-se em quatro artigos: um ensaio que demarcou conceitualmente o problema da violência contra mulheres e demonstrou a magnitude e complexidade do problema, seus efeitos na saúde da mulher e sua invisibilidade nos serviços; uma revisão que aprofundou dados sobre os limites e oportunidades na formação em saúde; um artigo que descreveu e analisou as entrevistas em profundidade com profissionais de saúde envolvidos na PA; e , o relato e análise da experiência VDG no que se referiu ao uso de entrevistas semi-estruturadas e de espaços de discussão coletiva para organização de uma rotina de acolhimento da VPI .

Na discussão ampliada da tese, entre os resultados da PA, destaca-se que: a própria metodologia desenvolveu uma estratégia de conhecimento e de ação sobre a VPI, aproximando-se de uma proposta de educação permanente; o processo de 'visibilidade construída' sobre os sinais e situações associados à VDG iniciado com as entrevistas e, a 'angústia compartilhada' sobre o processo de trabalho em saúde nos espaços coletivos de discussão, tanto potencializaram saberes como 'humanizaram' e acolheram os profissionais, o que colaborou para uma mobilização coletiva e a proposição de uma rotina institucional para identificar e acolher a violência; no limiar desta experiência, vislumbrou-se o 'ideal' de um processo de crescimento profissional-político baseado na reflexão-ação-reflexão coletiva e na articulação permanente da gestão da educação à gestão do processo de trabalho em saúde.

Conclui-se que esta forma de 'experimentação' em situação real, sem o pressuposto da neutralidade, colaborou no levantamento de informações de difícil acesso e incrementou o conhecimento sobre as percepções e práticas de profissionais e, sobre indicadores qualitativos que comporiam um 'acolhimento qualificado' e demarcariam tanto 'modelos político-pedagógicos' mais 'adequados' à formação em saúde, como as ações necessárias à organização dos serviços frente ao tema da VPI.

**Descritores:** Violência contra a Mulher. Gravidez. Gênero e Saúde. Saúde Materno-Infantil. Acolhimento. Educação Profissional em Saúde Pública. Pesquisa nos Serviços. Pesquisa-ação. Trabalho em Saúde.

## ABSTRACT

Violence during pregnancy is related to a very serious pattern of violence and is possibly more frequent than other problems routinely controlled-for during prenatal care. Although the active identification and support of women living in violent situations have been recommended, in Brazil routines for identification of existing cases have not been established, nor does the training of health professionals prepare them for dealing with this problem.

This doctoral study begins with the question of which political-pedagogical proposals could contribute to adequate preparation of professionals and analyses an action research project (Domestic Violence during Pregnancy – DVP) which was carried out in a public hospital with the objective of preparing health professional for dealing with domestic violence in pregnancy, with a focus on violence between intimate partners.

The study of action research as a strategic tool for constructing quality in health care is organized in 4 papers: an essay that conceptually delimits the problem of violence against women and demonstrates the magnitude and complexity of the problem, its effects on women's health, and its 'invisibility' in health services; a review of literature on education and training of health professionals which reveals the limits and opportunities of such proposals; an article which analyses in-depth interviews with health professionals who participated in the DVP project; and an examination of this experience, which used semi-structured interviews and collective discussion groups for the organization of a routine for cases of violence between intimate partners.

Among the results of the VDP project, emphasis is given to the fact that the action research methodology developed a strategy of knowledge-building for action as a form of continued education in the case of violence between intimate partners; the process of 'constructed visibility' of the signs and situations associated with VDP built on discussion of the interview data and the 'shared anxiety' regarding the work process in health which occurred in the collective discussion groups, and both strengthened their perceptions as well as 'humanized' and gave support to the professionals, all of which collaborated in a collective mobilization and a proposal to develop a new routine for identifying and supporting women living in violence. This experience exemplified the possibility of professional/political growth based on a process of collective reflection-action-reflection and on the permanent articulation of education within the process of managing health care services.

As a conclusion, this form of 'experiment' in a real-life situation, with no supposition of neutrality, collaborated in producing strategic information and increased knowledge of professional perceptions and practices and qualitative indicators regarding 'qualified attention' which are necessary in political/pedagogical models more adequate for health education, as well as for actions needed for the organization of services which deal with violence between intimate partner.

**Key-words:** Violence against Women. Pregnancy. Gender and Health. Maternal and Child Health; User Embracement. Education, Public Health Professional. Research in Health Services. Action-Research. Health Work.

## SUMÁRIO

|   |                 |
|---|-----------------|
| <b>Dedicatória .....</b>  | <b>v</b>        |
| <b>Epígrafe.....</b>  | <b>vi</b>       |
| <b>Agradecimentos.....</b>  | <b>vii-viii</b> |
| <b>Resumo.....</b>  | <b>ix</b>       |
| <b>Abstract.....</b>  | <b>x</b>        |
| <b>Sumário.....</b>   | <b>xi-xvi</b>   |
| <br>  |                 |
| <b>CAPÍTULO I- INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>1-9</b>      |
| <b>1.1- O problema e o objeto de tese .....</b>   | <b>1-6</b>      |
| <b>1.2- Relevância e pressupostos do estudo.....</b>  | <b>7-9</b>      |
| <br>  |                 |
| <b>CAPÍTULO II- REFERENCIAL TEORICO-METODOLÓGICO .....</b>  | <b>10-27</b>    |
| <b>2.1 - Marcos conceituais e categorias-chave .....</b>  | <b>10-15</b>    |
| - Violência, gênero e sociedade de risco nas relações sociais de sexo e na vida dos que trabalham.....      | <b>10-11</b>    |
| - Mundo do trabalho, Neoliberalismo e banalização do mal.....   | <b>11-13</b>    |
| - Representações sociais .....  | <b>13</b>       |
| - Referências ético-normativas sobre os direitos humanos das mulheres e a violência baseada em gênero ..... | <b>13-14</b>    |
| - Gestão do trabalho e da educação na saúde .....   | <b>14-15</b>    |
| <b>2.2 – A pesquisa-ação como estratégia metodológica de investigação, educação e intervenção .....</b>     | <b>16-19</b>    |

|  |                |
|--|----------------|
| 2.3 - Desenho metodológico do Projeto VDG: caracterização do campo, descrição das técnicas de coleta, registro e análise dos dados.....                      | 20-25          |
| 2.4- Notas sobre as entrevistas com a gestantes .....  | 25-26          |
| 2.5 - Aspectos éticos do Projeto VDG .....   | 26-27          |
| <br>   |                |
| <b>CAPÍTULO III – OBJETIVOS .....</b>  | <b>28-29</b>   |
| <b>3.1- Objetivo geral</b>   |                |
| <b>3.2 - Objetivos específicos</b>   |                |
| <br>   |                |
| <b>CAPÍTULO IV- ARTIGOS .....</b>  | <b>30- 131</b> |
| <b>4.1- ARTIGO 1: Violência entre Parceiros Íntimos e Saúde das Mulheres: Reflexões e Desafios para a Educação na Saúde e o Acolhimento Qualificado.....</b> | <b>30- 51</b>  |
| RESUMO .....   | 31             |
| INTRODUÇÃO .....   | 31 - 32        |
| I) O grande tema da violência: interfaces no campo da saúde pública e dos direitos humanos .....   | 32-37          |
| II) A magnitude do problema da violência entre parceiros íntimos e seus efeitos na saúde das mulheres .....  | 37- 42         |
| III) Serviços, profissionais e equipes de saúde (da mulher): panorama de práticas e desafios da educação na saúde frente ao tema da ‘VPI’ .....              | 42-46          |
| IV) Considerações finais .....   | 46-48          |
| V) Referências Bibliográficas (Artigo 1) .....   | 48-51          |

|   |                |
|---|----------------|
| <b>4.2- <u>ARTIGO 2:</u> Violência entre Parceiros Íntimos : Evidências na Formação em Saúde.....</b>   | <b>52-76</b>   |
| <b>RESUMO.....</b>  | <b>53</b>      |
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>54-55</b>   |
| I) Objetivos e aspectos metodológicos da revisão bibliográfica .....  | 55-57          |
| II) Panorama de evidências sobre a integração da atenção à violência nos serviços de saúde .....  | 57-59          |
| a) Estudo de Revisão 1: Wathen & MacMillan (2003).....  | 57-58          |
| b) Estudo de Revisão 2: Ramsay,Rivas & Feder (2005).....  | 58-59          |
| III) Programas de Educação e Treinamento para Profissionais de Saúde sobre Violência Doméstica, com Foco na Violência entre Parceiros Íntimos, a partir de 1995 .....             | 59-70          |
| a) Algumas experiências na educação profissional na medicina e na enfermagem.....   | 60-66          |
| b) Estudos primários e de revisão sobre programas de treinamento em VPI para profissionais das equipes de saúde.....  | 66-70          |
| IV) Pontos críticos e Recomendações: .....  | 71-72          |
| V) Considerações Finais .....   | 72-73          |
| VI) Referências Bibliográficas (Artigo 2 ) .....  | 74-76          |
| <b>4.3- <u>ARTIGO 3:</u> Serviços de Saúde e Violência na Gravidez: Perspectivas e Práticas de Profissionais e Equipes de Saúde em um Hospital Público no Rio de Janeiro.....</b> | <b>77- 103</b> |
| <b>RESUMO .....</b>   | <b>79</b>      |
| <b>ABSTRACT.....</b>  | <b>80</b>      |

|   |                 |
|---|-----------------|
| <b>I)Apresentação .....</b>   | <b>81-82</b>    |
| - Políticas neoliberais, ‘transição de gênero’ e VPI: seria a violência na gravidez um ‘sintoma’ da ‘sociedade de risco’? .....   | 82-85           |
| - O trabalho e a cidadania ‘precarizados’: desafios dos profissionais nos processos de trabalho em saúde.....   | 86-87           |
| <b>II) Alguns resultados das entrevistas com profissionais.....</b>   | <b>87-98</b>    |
| - Breve perfil dos profissionais entrevistados.....   | 87              |
| - Percepções sobre relações de gênero.....  | 88-90           |
| - Concepção da violência contra a mulher .....  | 90-92           |
| - Motivos associados aos casos de violência praticada pelo homem contra suas parceiras.....   | 92-93           |
| - A violência na vida dos entrevistados.....  | 93-94           |
| - Como a violência afetaria os serviços de saúde .....  | 94              |
| - Violência na Gravidez: Como as mulheres expressariam e os profissionais perceberiam seus sinais?.....   | 94-96           |
| - Barreiras e sugestões para conversar com a gestante sobre a relação com o parceiro e situações de violência.....  | 96-98           |
| <b>III) Discussão e Conclusões .....</b>  | <b>99-101</b>   |
| <b>IV) Referências Bibliográficas (Artigo 3) .....</b>  | <b>101-103</b>  |
| <b>4.4- <u>ARTIGO 4</u>: Gênero, Violência, Gravidez e Saúde: A ‘Visibilidade Construída’ e a ‘Angústia Compartilhada’ nos Processos de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.....</b> | <b>104- 131</b> |
| <b>RESUMO.....</b>  | <b>105</b>      |
| <b>I )Introdução .....</b>  | <b>105-107</b>  |

|   |                |
|---|----------------|
| <b>II)Aspectos teórico- metodológicos do Projeto VDG .....</b>  | <b>107-109</b> |
| <b>III)A Experiência e seus resultados parciais .....</b>   | <b>109-118</b> |
| a) Entrevistas semi-estruturadas enquanto estratégia de reflexão e ‘acolhimento’ .....  | 109-111        |
| b) Os encontros mensais temáticos e a coletivização dos ‘saberes’ e das ‘angústias’ .....   | 111-114        |
| c) O Processo de elaboração e implementação das normas de atendimento à mulher gestante em situação de violência doméstica (Rotina VDG).....                                  | 114 -117       |
| d) Novos Cenários Político-Gerenciais e o Trabalho em Saúde: velhos impasses, outros desafios .....   | 117-118        |
| <b>IV) Discussão dos resultados e conclusões sobre o processo de ‘pesquisa-ação’ .....</b>  | <b>118-131</b> |
| a)Análise da Demanda .....  | 118-119        |
| b) A ‘visibilidade construída’, a coletivização dos saberes e a ‘angústia compartilhada’: entre a ‘banalização do mal’ e a responsabilização profissional e institucional ... | 119-122        |
| c) Um breve olhar sobre o trabalho prescrito, o real do (processo de) trabalho e as estratégias de defesa dos profissionais na institucionalização da ‘Rotina VDG’ ..         | 122-126        |
| <b>V)Considerações Finais.....</b>  | <b>126-128</b> |
| <b>VI) Referências Bibliográficas ( Artigo 4 ) .....</b>  | <b>129-131</b> |
| <br>  |                |
| <b>CAPÍTULO V- DISCUSSÃO AMPLIADA E CONCLUSÕES DA TESE.....</b>   | <b>132-142</b> |
| <br>  |                |
| <b>5.1 - O problema da VPI na gravidez frente ao ‘real’ da atenção em saúde.....</b>  | <b>132-134</b> |

|   |                |
|---|----------------|
| 5.2 - O que é e como ‘ensinar’? Redimensionando demandas na qualificação profissional em saúde.....   | 134-136        |
| 5.3 - Entre as ‘evidências científicas’ para incorporação da violência na atenção em saúde e a educação permanente como componente pedagógico da gestão do processo de trabalho: a pesquisa-ação como ferramenta estratégica..... | 136-140        |
| 5.3 - Interfaces na relação entre educação, trabalho e saúde no processo de pesquisa-ação aplicada aos serviços de saúde – Limites e desafios.....  | 140-142        |
| <br>  |                |
| <b>CAPÍTULO VI- CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>  | <b>143-146</b> |
| <br>  |                |
| <b>CAPÍTULO VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMPLETAS DA TESE.....</b>   | <b>147-159</b> |
| <br>  |                |
| <b>ANEXOS .....</b>   | <b>160-168</b> |
| - Anexo 1- Roteiro de Entrevista Semi-estruturada com Profissionais de Saúde (Projeto VDG – NGS/ENSP-FIOCRUZ) .....   | 161-164        |
| - Anexo 2- Termo de Consentimento – Profissionais de Saúde .....  | 165            |
| - Anexo 3 - Proposta Inicial de Instrumental de Rastreamento da Violência na Unidade Materno-Infantil do Hospital .....   | 166            |
| - Anexo 4- Proposta Inicial de Fluxograma da Rotina VDG da Unidade Materno-Infantil do Hospital- Maternidade/Internação .....   | 167            |
| - Anexo 5 - Proposta Inicial de Fluxograma/Rotina VDG da Unidade Materno-Infantil do Hospital – Ambulatório de Pré-natal .....  | 168            |



## **CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO**

### **1.1- O PROBLEMA E O OBJETO DE TESE**

Em editorial de uma publicação nacional de grande expressão e relevância para a comunidade científica na área de saúde pública somos alertados, mais uma vez, sobre a drástica situação brasileira no que se refere à mortalidade materna. No texto em questão, avalia-se que apesar de esforços diversos, “não houve melhoria da razão de mortalidade materna no período de 2002 a 2006” (Leal, 2008, p. 1724), ainda que sejam reconhecidos avanços na atenção básica e hospitalar às gestantes, expansão da presença dos comitês de óbitos maternos e alguma melhoria do sistema de informação. As principais causas de morte materna são muitas vezes evitáveis e relacionadas à qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto, sendo sua melhoria, portanto, considerado um dos desafios para o Brasil alcançar os objetivos do milênio em relação à mortalidade materna (Laurenti, Mello Jorge, Gotlieb, 2008).

A associação entre a ocorrência da violência entre parceiros íntimos (VPI) no ciclo gravídico-puerperal ampliado e a morbidade e mortalidade materno-infantil ainda é uma questão pouco explorada. Em ambos os problemas de saúde pública, o da mortalidade materna e o da VPI, é necessário um entendimento crítico da complexidade das relações recíprocas entre as condições de saúde e sociais existentes, bem como da maternidade segura como um direito humano (OMS, 2001). Tal entendimento crítico demanda e exige reforçar, nas estratégias de educação e gestão, visões de mundo e de educação e prática profissional que extrapolam, muitas vezes, a simples e mecânica incorporação de um protocolo clínico descolado da realidade dos processos de trabalho em saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Estudos epidemiológicos sobre a relação de ‘risco’ entre violência e gravidez, especialmente aqueles realizados nos serviços de saúde, começam a elucidar as possibilidades de ser a gravidez um fator de risco para a violência doméstica. Ratificamos sua relevância e atualidade no contexto brasileiro, aonde a questão da violência doméstica chega a ser nomeada como um ‘surto silencioso’ em nossa sociedade, concatenados ainda, com resultados oficiais recentes apresentados no Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, com Ênfase na Mortalidade Materna (Brasil, 2006).

Alguns pontos deste relatório merecem um olhar mais atento daqueles que, como nós, apresentem interesse em investigar tal associação: entre os casos de mortalidade por causas não maternas, as causas externas tiveram uma proporção maior de mortes entre as mulheres que estavam no ciclo gravídico-puerperal ampliado; e, entre as causas externas, homicídios e suicídios de fato tiveram maior representatividade também neste grupo.

Estudos de revisão recentes (McFarlane et al. 2002), ao compararem diferentes desfechos entre as mulheres que sofreram VPI no período da gestação com aquelas que sofreram violência fora deste período, identificam que pode ser três vezes maior o risco das primeiras sofrerem alguma tentativa de homicídio ou serem mortas. Concluíram que a violência na gestação relaciona-se a um padrão muito grave de violência, sendo um evento que pode ser mais freqüente do que vários agravos habitualmente rastreados durante o pré-natal como o diabetes e a hipertensão arterial sistêmica (Maternal and Child Health Journal, 2000).

Outros tantos estudos apontam, entre vários agravos à saúde materna relacionados à violência na gravidez, o sangramento no 1º e 2º trimestres, o baixo ganho de peso, além da depressão, abuso de substância, tabagismo; na saúde das crianças o baixo peso ao

nascer, a prematuridade (Heise, Ellsberg e Gottemoeller, 1999; McFarlane, Parker, Soeken, 1996; Murphy et al., 2001). Além disto, segundo o relatório brasileiro:

A depressão pós-parto pode ser invocada como causa da maior proporção de suicídios nas mulheres pertencentes ao ciclo. A análise desses dados pode representar importante subsídio ao estudo da violência contra a mulher. (Brasil, MS, 2006:65).

Embora, paulatinamente, as ‘evidências científicas’ no campo da saúde da mulher e da incorporação da atenção à violência pelo setor saúde sejam cada vez mais contundentes em demonstrar uma ‘perigosa’ associação entre gravidez e violência, e, em recomendar que o problema seja de alguma forma incorporado nas rotinas de saúde, observamos que tais recomendações, principalmente no cenário brasileiro, ainda ganham pouca expressão nos serviços de saúde.

Para enfrentar o desafio relacionado à melhoria da qualidade da atenção prestada no ciclo gravídico-puerperal, e o papel estratégico a ser desempenhado pelos profissionais de saúde, interessa saber até que ponto e de que modo os serviços, equipes e profissionais de saúde conhecem e lidam com o problema, sentindo-se de fato ‘implicados’, responsáveis e preparados para colaborar na identificação e acolhimento dos casos de violência doméstica, especialmente a VPI, na atenção a gestantes e puérperas. Existiria alguma metodologia mais recomendada para ‘capacitar’ profissionais de saúde e/ou qualificar o trabalho das equipes multidisciplinares para a detecção e acolhimento dos casos de violência doméstica, com foco na violência entre parceiros íntimos? Na rotina de implantação e avaliação de protocolos baseados em ‘evidências científicas’ nos serviços de saúde, que “processos educativos” poderiam fundamentar e sustentar tais práticas?

Neste caminho de busca de respostas frente a tais questionamentos, lançamos mão de uma experiência recente vinculada à nossa participação no Projeto “*Violência Doméstica e Gravidez de Alto Risco: Qualificando o Acolhimento*” (Projeto VDG),

desenvolvido em hospital estadual de referência para gravidez de alto risco no Rio de Janeiro, no período de março de 2005 a dezembro de 2006<sup>1</sup>. Nesse projeto de pesquisa-ação, elaboramos meios e estratégias de realizar investigação e intervenção participativas, produzindo coletivamente ‘conhecimentos’ com vistas a sensibilizar e ‘formar’ profissionais de saúde para a abordagem da violência doméstica na gravidez nos atendimentos prestados. Compartilhamos a implantação de processos de educação e gestão do trabalho em saúde diferenciados, valendo-nos da potencialidade metodológica da pesquisa-ação.

O “Projeto VDG” é uma das referências do estudo de doutorado ora apresentado, o qual objetiva analisar o fenômeno da violência doméstica na gravidez (VDG), com foco na violência entre parceiros íntimos (VPI) e o uso da pesquisa-ação como ferramenta estratégica na qualificação da atenção em saúde para acolhimento dos casos. No caso, desenvolvemos uma prática de educação para o trabalho em saúde, em articulação direta com a prática em serviço. Trata-se de uma análise qualitativa de aspectos deste ‘projeto-experiência’, enfocando em especial seu eixo de formação/educação, cuja implementação reuniu conjunto diversificado de técnicas e atividades.

O estudo parte da demarcação conceitual do fenômeno da violência contra mulheres sob as perspectivas de direitos humanos, da saúde pública e da justiça social e, da constatação de sua (in) visibilidade nos serviços de saúde e na formação dos profissionais (Artigo 1). Uma revisão bibliográfica buscou levantar tendências e recomendações na abordagem do tema da violência contra mulheres no setor saúde e na

---

<sup>1</sup> Período de campo planejado e circunscrito às atividades no hospital selecionado, porém em termos de projeto de pesquisa desde setembro de 2004 (pré-campo). A execução foi de responsabilidade do Núcleo de Gênero e Saúde – Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fiocruz, Apoio: Projeto de Consultoria, Treinamento e Desenvolvimento de Sistema de Informação e Monitoria para o Programa de Assistência Hospitalar à Gestação de Alto Risco – Instituto Fernandes Figueira/PAISMCA/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro; Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq

formação inicial e profissional dos representantes das equipes de saúde, especialmente médicos e enfermeiros, identificando as principais barreiras e facilidades que abarcam os processos de ‘capacitação’ e ‘responsabilização’ destes profissionais, equipes e serviços, frente à complexidade da temática da VPI, em seus níveis micro e macro estruturais (Artigo 2).

Através da análise combinada da conceituação, da revisão e da experiência VDG, buscamos problematizar de que modo concepções e paradigmas dominantes da produção do conhecimento vêm influenciando os programas dedicados à incorporação da violência na agenda da saúde e se traduzindo no cotidiano das equipes multidisciplinares, nos serviços públicos de saúde. De posse de uma fundamentação teórica da pesquisa-ação no campo das ciências sociais, acrescida da descrição, análise e interpretação dos resultados da experiência do Projeto VDG (Artigos 3 e 4), buscamos alcançar uma discussão metodológica ampliada e aplicada sobre sua contribuição no campo da gestão do trabalho e da educação na saúde, diante do tema da violência, em suas interfaces com a psicodinâmica do trabalho (Dejours, 2007; 1999) e a precarização da vida dos que trabalham, no caso, dos trabalhadores de saúde, no contexto de uma sociedade de risco (Beck, 2005; Giffin, 2007).

Entendemos que tais perspectivas de análise, potencialmente, são portadores de reflexões e princípios estratégicos para uma abordagem crítica de processos político-pedagógicos estruturantes, quer seja nas políticas de Humanização e de Educação na Saúde nos âmbitos de uma atenção integral à saúde da mulher (Brasil, 2004c; Brasil, 2000f) e da gestão do processo de trabalho no SUS, especialmente, no que se refere à Educação Permanente em Saúde ((Brasil, 2006a), quer seja no Plano de Políticas para as Mulheres (Brasil, 2008), no que refere aos eixos temáticos de enfrentamento da violência e da atenção e promoção em saúde.

Definitivamente, a violência entre parceiros íntimos, como questão social complexa que coloca limites para uma abordagem biomédica individual, exige, cada vez, mais mudanças, tanto na formação dos profissionais como nas práticas da saúde pública e de pesquisa social, demandando um papel mais ativo e interativo de todos os atores envolvidos, inclusive daqueles que são socialmente reconhecidos como ‘produtores’ e ‘transmissores’ oficiais de conhecimento, os acadêmicos em suas funções de docência e pesquisa.

Intentamos, por fim, dar visibilidade e materialidade ao que um estudo de revisão sobre gravidez e violência doméstica aponta como esperado (ou um caminho a ser trilhado...):

Certainly the first steps have been taken. Researchers are continuing to investigate the dynamics of pregnancy-related violence and, as suggested by some of the studies of practitioners, are taking a close look at how they interact with patients. Future work would benefit greatly from joint projects that unite researchers with practitioners with the ultimate goal of healthy women, healthy babies, and violence free relationships (Jasinski, 2004:61).

## **1.2- RELEVÂNCIA E PRESSUPOSTOS DO PROJETO DE TESE:**

A proposta de estudo que sustenta o projeto “Pesquisa-Ação na Gestão da Educação e do Processo de Trabalho em Saúde: Uma Ferramenta Estratégica para Acolhimento Qualificado da Violência entre Parceiros Íntimos na Gravidez”, sob a perspectiva de ser uma pesquisa original inserida na linha investigação em Gênero e Saúde do Programa de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca<sup>2</sup>, é baseada na sistematização e análise do processo da pesquisa-ação e dos dados estruturados levantados através do “Projeto VDG”. Buscará tal estudo considerar, entre outras demandas atuais no campo da Saúde Pública, evidências que problematizem e demarquem conceitual e metodologicamente estratégias em prol da integralidade na assistência em saúde no SUS, em especial a mulheres gestantes em situação de violência, ancoradas em processos de gestão da educação e do processo de trabalho em saúde inovadores e relevantes, situados na interseção entre ensino, pesquisa e serviço, considerando:

- a) Que o tema da violência entre parceiros íntimos é uma questão de saúde pública, de direitos humanos e de justiça social;
- b) Que estudos internacionais e nacionais comprovam a alta prevalência de violência de homens contra mulheres, sendo a forma mais endêmica encontrada a violência sexual e física de companheiros íntimos contra suas mulheres;
- c) Que a perigosa associação entre a ocorrência da violência entre parceiros íntimos (VPI) no ciclo gravídico-puerperal ampliado e a morbidade e mortalidade materno-

---

<sup>2</sup> Em geral, a linha de pesquisa em Gênero e Saúde, tem desenvolvido projetos em temas que partem de uma perspectiva de gênero e visam gerar conhecimentos que contribuem para a melhoria dos serviços públicos de saúde, com destaque para temas e serviços de saúde reprodutiva, dentro da proposta de atenção integral à saúde da mulher, da criança e da adolescente (PAISMCA). Estas pesquisas incluem os temas de: contracepção e aborto; sexualidade; HIV/DST's; gravidez na adolescência; assistência ao parto; práticas educativas em serviços de saúde, identidade masculina; participação dos homens nas decisões reprodutivas, violência entre parceiros íntimos, entre outros. Desde a pesquisa de Mestrado (2001-2003), a hoje doutoranda, participa deste grupo de pesquisa via estudos que articulam as temáticas de gênero, violência e saúde.

infantil, ainda é uma questão pouco explorada, apesar das pesquisas nos serviços de saúde cada vez mais apontarem tal relação;

**d)** Que a violência entre parceiros íntimos (VPI) no período da gestação tem sido considerada importante questão de saúde por sua magnitude e seu impacto direto e indireto na mortalidade e morbidade materno-infantil.

**e)** Que qualquer falha ou negligência em se lidar com eventos associados à morbimortalidade **evitável** na maternidade, representa injustiça e negação dos direitos humanos das mulheres;

**f)** Que a compreensão dos fatores de riscos que contribuem para uma maternidade ‘insegura’, como a ocorrência da VPI na gestação e o conhecimento das intervenções que contribuam para reduzir seus efeitos na saúde materno-infantil podem alavancar processos que promovam a maternidade ‘segura’;

**g)** Que se torna uma urgência, entre outras recomendações de organismos internacionais no campo da saúde, incluir a atenção pré-natal como uma ação prioritária/sentinela para prevenção primária da violência baseada em gênero;

**h)** Que o reconhecimento do fenômeno social da VPI ou sua maior visibilidade como propensor de efeitos adversos na saúde materno-infantil é um fator inicial fundamental para a sensibilização e futuro engajamento de profissionais e equipes de saúde nos processos de rastreamento/identificação e acolhimento dos casos nos serviços;

**i)** Que experiências internacionais referentes à incorporação da temática da violência na formação das equipes de saúde, recomendam que as propostas metodológicas de capacitação, para além dos aspectos epidemiológicos que informem sobre a prevalência e os aspectos técnicos de ‘treino’ para o manejo da situação, incorporem e promovam a reflexão das vivências e crenças dos participantes, com vistas a uma maior



responsabilização dos profissionais de saúde diante do problema e um acolhimento ‘implicado’ dos casos;

j) Que a metodologia da pesquisa-ação, por ter como base conceitual o envolvimento dos sujeitos do campo pesquisado e a proposta de alcançar conhecimentos que transformam algum aspecto deste campo, pode colaborar para a implementação de programas de atenção à temas “sensíveis” como o da violência entre parceiros íntimos;

k) E, finalmente, que o “Projeto VDG”, enquanto projeto de pesquisa-ação que buscou meios e estratégias de realizar investigação e intervenção participativas, ao mesmo tempo em que produziu ‘conhecimentos’ com vistas a sensibilizar e formar ou ‘capacitar’ profissionais de saúde para a abordagem qualificada da violência doméstica na gravidez nos atendimentos prestados, pode representar, potencialmente, enquanto experiência piloto, um programa inovador de formação, especialmente para aqueles que, como nós, apostem na formação como um processo político-pedagógico e que acreditam no viés da transformação, especialmente no campo da gestão da educação e do processo de trabalho na saúde, em sua potencialidade estratégica para colaborar na construção e consolidação do Sistema Único de Saúde.

## II- REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

### 2.1) Marcos conceituais e categorias-chave

#### - **Violência, gênero e sociedade de risco nas relações sociais de sexo e na vida dos que trabalham**

A complexidade inerente à abordagem da violência entre parceiros íntimos como modalidade de violência interpessoal baseada em gênero, de certa forma, exige da pesquisa lançar mão de um tratamento interdisciplinar dos conceitos - entre a sociologia e a psicologia, a história e a sociologia, a medicina e a antropologia, a filosofia e o direito - enfim, de modo que seja possível favorecer à transversalidade de saberes e práticas necessária ao entendimento deste fenômeno social.

Neste sentido, a proposta é de se buscar dialogar com autores diversos para operarmos sobre a categoria da '**violência**', discutindo suas conceituações sobre conflito, reciprocidade, individualismo e liberdade, partindo-se da seguinte definição de violência, proposta por Chauí (1985, p.35):

Entenderemos por violência uma realização determinada das relações de força [...]. Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade, com fins de dominação, de exploração e de opressão [...]. Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência.

Na abordagem dos elementos construídos sócio-historicamente que contribuem para a ocorrência da violência entre parceiros íntimos, além de lançarmos mão da categoria '**gênero**' para acessarmos os modos como se articulam as diferenças nos âmbitos das relações sociais de sexo, serão abordadas interfaces entre os aspectos relacionais e os aspectos macros da política econômica. Apostamos em tal posição analítica, que considera que as relações familiares e de gênero (e, também o trabalho dos profissionais de saúde) estão agora situados em uma "**sociedade de risco**", conseqüência da adoção de políticas neoliberais que precarizam as relações de trabalho

e diminuem tanto os rendimentos quanto a estabilidade no trabalho, aumentando a pobreza ao mesmo tempo em que são restringidos os ‘bens de cidadania’ que ofereceriam alguma segurança social. Na ‘sociedade de risco’, as relações de solidariedade são tão mais importantes quanto difíceis, seja na esfera das relações íntimas ou de trabalho, como, por exemplo, entre os profissionais de saúde (Giffin, Dantas-Berger, 2007; Giffin, 2007; Beck, 2005).

Neste contexto, as condições sociais da vida familiar e da reprodução humana são dificultadas, as velhas representações não são sustentadas, as desigualdades de gênero são reformuladas, e homens e mulheres vivem novos conflitos.

Para abordagem destas novas formas de desigualdades de gênero estaremos ainda afinados com a noção de **‘transição de gênero’** apresentada por Giffin (2002). Reconhecendo-se que uma certa ‘crise’ da masculinidade vem se conformando nos últimos anos, com a entrada maciça das mulheres na força de trabalho remunerada e as transformações nas práticas e valores sexuais, novos cenários se apresentam para uma análise das relações sociais de sexo. Na medida em que estas novas configurações alterem substancialmente a divisão generificada de trabalho anterior, considera-se que estamos passando por uma **‘transição de gênero’**.

#### **- Mundo do Trabalho, Neoliberalismo e banalização do mal**

Considerando a possibilidade de análise de processos intersubjetivos mobilizados pelas situações de trabalho vivenciadas pelos profissionais de saúde no projeto VDG, quer tenham sido ou não as mesmas alvo da pesquisa- intervenção implementada, buscamos uma aproximação com o campo da **‘psicodinâmica do trabalho’**( Dejours, 2007; 1999), para análise e interpretação da relação prazer-sofrimento nos processos de trabalho em saúde frente às modificações na organização e

no sentido do trabalho no contexto real do trabalho, na conjuntura social de neoliberalismo.

Apoiado nas noções de **‘trabalho prescrito’** (conjunto de condições a partir das quais o trabalho deve ser realizado, a ‘tarefa’) e **‘trabalho real’** (o que o trabalhador põe em jogo para realizar a tarefa, a atividade), Dejours coloca que, da mediação no cotidiano do trabalho frente ao prescrito e ao real vai depender a qualidade das relações de trabalho. Se, a realidade do mundo dos que trabalham hoje (inclusive na saúde) é marcada pela falta de lugar para todos, diante da fragilidade nas relações de confiança, de cooperação, de reconhecimento, associada à fragmentação e à rigidez na organização do trabalho, o sofrimento individual e as estratégias coletivas de defesa tomam a cena.

O autor considera que, para que haja cooperação, deve haver espaço para que as opiniões e as possíveis contradições sejam debatidas livremente. O ‘espaço de discussão’ deve permitir a deliberação coletiva e se basear na intercompreensão dos sujeitos. O sofrimento passa a ser criativo (passando do sofrimento ao prazer), quando o trabalho é reconhecido e todo o investimento pessoal demandado adquire um sentido, contribui com algo novo para a organização.

Com relação ao olhar e a atuação profissional dos profissionais sobre o problema da VPI na gestação, ainda também nas contribuições de Dejours (2007) buscamos respaldo para contextualização de possíveis posturas de resignação e **‘banalização do mal’** (no caso a violência), enquanto possibilidade de defesa contra a consciência dolorosa do sofrimento alheio e participação no sistema.

Kuenzer (2004), ao analisar os efeitos da reestruturação produtiva no sofrimento de enfermeiros, professores e montadores de automóveis, aliada às considerações de Dejours sobre a ‘tolerância ao mal’ complementa:

A forma pela qual o neoliberalismo conduz à banalização da injustiça social é o medo ou a insegurança da perda do emprego, da precarização do trabalho, da

perda de qualidade de vida, da impossibilidade de sustentar a família, [...] tendo como conseqüências a desmobilização coletiva e a aceitação de práticas injustas como se fossem justas. Ou seja, são as condições objetivas que produzem subjetividades que, em nome de seus interesses individuais, atenuam sua indignação contra a injustiça e o mal [...] ( Kuenzer, 2004, p.249-250).

### **- Representações sociais**

Como ponto de ancoragem inicial na análise das entrevistas e relatos, far-se-á o uso funcional do conceito de '**representação social**', como uma modalidade de conhecimento que poderá facilitar a compreensão do contexto socialmente elaborado e compartilhado pelos entrevistados em suas percepções e vivências sobre violência, gênero, sexualidade e direitos, por exemplo, tal como conceituações sugeridas e discutidas por Goulart (1992) e Spink (1993).

### **- Referências ético-normativas internacionais sobre os direitos humanos das mulheres e a violência baseada em gênero**

Considera-se oportuno também, através da pesquisa, viabilizar uma aproximação acadêmica de definições propostas em Conferências, Tratados e Conferências Internacionais, entre as quais a Conferência Mundial de Direitos Humanos(Viena, 1993), a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento(Cairo, 1994) e a IV Conferência Mundial da Mulher(Beijing,1995), a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher-Convenção de Belém do Pará(1994), para compreensão das concepções nelas veiculadas sobre '**direitos sexuais e reprodutivos das mulheres**', viabilizando um certo intercâmbio entre noções e entendimentos articulados pelos entrevistados sobre, por exemplo, discriminação sexual ,violência, direitos, integridade física e emocional e aquelas definições propostas nos planos de ação de tais conferências, contextualizando seu alcance enquanto uma referência ética normativa e sua aplicabilidade nas políticas públicas ( Correa, 2001).

Enquanto uma pesquisa a ser veiculada através de instituição voltada para a área da saúde pública, não poderíamos deixar de considerar:

- a proposta do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – **PAISM** (Brasil, 2004c) de trabalhar com as mulheres sua condição de sujeito, considerando as relações de gênero - e da violência de gênero - como parte da questão médica-sanitária interna aos serviços, programas e pesquisas de saúde (D'Oliveira, 1997).

- a questão da **maternidade segura** (OMS, 2001) como um referencial incondicional na análise das políticas e práticas de saúde pública, conforme estabelecido no artigo 6º da Constituição: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

#### **- Gestão do trabalho e da educação na saúde**

Considera-se que no campo atual da Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no Brasil (Brasil, 2006a), algumas conceituações e diretrizes venham a ser relevantes para a complexa reflexão crítica e metodológica proposta no projeto ora apresentado. Entre outros aspectos, de acordo com documento de referência do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), a própria absorção do termo ‘**gestão do trabalho**’ em suas diretrizes e propostas já demarcaria um diferencial, pois implicaria na incorporação de conhecimentos da área da economia política – como ‘força de trabalho’- e, fenômenos do ‘mercado do trabalho’ (como emprego, assalariamento, etc.), configurando-se “em um mix que envolve o trabalho, o trabalhador como ‘ser social’ e a sociedade” (Brasil, 2007, p.39).

De acordo com a concepção apresentada pelo Ministério da Saúde no Brasil, a ‘**gestão do trabalho**’ no SUS:

Trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local. Nessa abordagem, o trabalho é visto como um processo de trocas, de criatividade, co-participação e co-responsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos. Essa política pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador de saúde e do seu trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação de condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, dentre outros (MS, 2008).

Tal visão vem sendo discutida em fóruns diversos desta política, incluindo aqueles relativos ao desenvolvimento profissional e à educação profissional no SUS. Neste caminho, em conformidade com recomendações do Seminário Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (Brasil, 2004), todo **‘processo de educação profissional e gestão do trabalho em saúde’** deveria partir de uma perspectiva que permitisse a participação ativa dos profissionais, o que favorece a geração de conhecimentos adequados aos problemas e processos vividos na sua atuação.

A partir do reconhecimento do “potencial educativo dos espaços de trabalho” e da “indissociabilidade entre gestão do trabalho e gestão do conhecimento” (Ribeiro, 2004, p.288), propomos uma reflexão sobre a Educação Permanente em Saúde (EPS), a partir dos referenciais da Política da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2004) e da realidade encontrada no serviço de saúde investigado, assumindo que:

O SUS tem assumido um papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e tem sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender (Brasil, MS, 2003:2).

## **2.2- A Pesquisa-ação como Estratégia Metodológica de Investigação, Educação e Intervenção**

A partir do campo das Ciências Sociais, a pesquisa-ação (PA) é considerada como uma estratégia metodológica da pesquisa social aplicada, que se associa a variadas formas de ação coletiva, orientadas em prol da resolução de um problema de modo ativo e participativo, agregando, para tal, diversas técnicas em seus diferentes momentos ou processos de investigação como de “coletar e interpretar dados, resolver problemas, organizar ações, etc.” (Thiollent, 1986, p.25).

Esta opção metodológica, embora basicamente qualitativa, por ter como ponto de partida a experiência e as representações dos sujeitos do campo, recusa uma falsa oposição entre qualitativo e quantitativo, permitindo sua combinação conforme a necessidade e possibilidade de cada tema e cada campo.

Entre outras particularidades neste tipo de pesquisa, destaca-se o papel do pesquisador, que além de não ser neutro, já que envolve “escolhas precisas” desde a definição de seu objeto de estudo até a escolha metodológica e delimitação de resultados esperados (Chauí, 2002, p.281), demanda sua participação ativa na própria realidade dos fatos observados, através do equacionamento, acompanhamento e avaliação das ações propostas. Faz parte deste tipo de participação conhecer a dinâmica dos problemas, intermediar decisões, negociações, conflitos entre os agentes, através de reuniões, seminários com representantes de grupos implicados na transformação (inclusive os ‘ especialistas’) e a utilização de dados de pesquisa, como por exemplo, entrevistas individuais realizadas( Thiollent, 1986).

É verdade que há um limite muito tênue e arriscado nesta função ‘ativa’ e ‘participativa’ do pesquisador, que nem pode ocupar o lugar original dos protagonistas



ou participantes da pesquisa na execução da ação planejada, nem ser um ‘observador participante’, sem nenhum envolvimento na organização da investigação e da ação.

Outro ponto importante a ser considerado é que a PA sempre tem dois objetivos sobrepostos, ou seja, da ação para a transformação de uma determinada realidade ou resolução de um problema, mas, também e ao mesmo tempo, da produção coletiva de saber que colabore para aumentar o conhecimento dos pesquisadores e grupos envolvidos sobre o problema detectado. No caso da pesquisa-ação desenvolvida em serviços de saúde, por exemplo, o profissional não seria um mero informante, mas também sujeito ativo, capaz de produzir conhecimento frente a problemas identificados na sua prática profissional e intervir na realidade encontrada, transformando-a.

Assim, temos como um dos pressupostos básicos da pesquisa-ação a indissociabilidade entre sujeito e objeto do conhecimento. Postula-se que tais pesquisas devam começar pela visão dos sujeitos do campo, incluir sua participação ativa e promover alguma transformação neste mesmo campo (Reason, 1994).

Reconhecendo ainda a característica intersubjetiva envolvida no trabalho em saúde, podemos lançar mão da PA enquanto metodologia de pesquisa qualitativa ‘aplicada’ à produção do conhecimento e do cuidado em saúde, considerando a mesma:

[...] um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (Thiollent, 1986, p.14).

Ao falarmos em sujeito ativo e optarmos pela pesquisa qualitativa através da estratégia metodológica da pesquisa-ação, assumimos que “a sociedade é uma estrutura que se movimenta mediante a força da ação social individual e grupal” e, portanto, que a “ação social é fundamental na configuração da sociedade”(Haguete, 2007, p.20).

Ratificando a ação social e a produção de conhecimento como processos sociais e históricos, Giffin (2006), nos adverte porém que, ainda que consideremos todos como

agentes de suas/nossas vidas, esta experiência individual situa-se em um conjunto de relações sociais, sendo que tanto a experiência do cotidiano como as relações subjacentes e conexões entre as mesmas devem ser consideradas. Ou seja, os aspectos estruturais da realidade social não podem ficar desconhecidos.

Simões- Barbosa e Giffin (2007), em consonância com Reason (1994), situam a pesquisa-ação como pesquisa do “novo paradigma” na produção de conhecimento, pois:

Afinal, uma proposta epistemológica, conceitual e metodológica que advoga a participação ativa, enquanto sujeitos do conhecimento, daqueles que, tradicionalmente, são tomados como ‘objetos’, coloca-se em outra perspectiva no que se refere ao que é o conhecimento (sua natureza), quem pode produzi-lo (sujeito de conhecimento) e com que finalidade (reproduzir a sociedade atual ou transformá-la) ( Simões-Barbosa, Giffin , 2007 p. 551).

No ‘caminho epistemológico’ de ‘aprendizagem mútua’ da pesquisa-ação (Lage, 2008), que aposta em processo de construção coletiva do conhecimento via a experiência compartilhada entre pesquisadores e atores do campo de pesquisa selecionado, a ação a ser planejada e executada não será qualquer ação – pois necessitará de processos de investigação e problematização permanentes, ou seja, demandará certa habilidade na gestão do processo de produção de conhecimento para que sejam identificados os problemas, se busque alguma explicação para os mesmos e sejam propostas soluções ( Zanotto, De Rose, 2003). Certamente, a busca por métodos e técnicas de pesquisa e de propostas pedagógicas que enfatizem ou promovam tal processo seria recomendável na implementação da pesquisa-ação.

Portanto, na interface da construção de um modo de ação coletiva que potencialize a reflexão e problematização na pesquisa-ação, existe também a demanda por um processo pedagógico para a mobilização, integração e coletivização de conhecimentos, atitudes e práticas dos participantes. Talvez seja este aspecto de aprendizagem específica que Thiollent (1986) coloca como necessário ao lembrar que a pesquisa-ação articula conhecer e agir, agir este que remete a uma transformação.

Porém, em paralelo, existe ‘o fazer’ - uma ação de conteúdo técnico delimitado. Este seria para o autor, um dos maiores desafios na operacionalização deste tipo de investigação, pois:

Sem separarmos a técnica do seu conteúdo sócio-cultural, precisamos dar mais atenção ao fazer e ao saber fazer [...]. As transformações intencionalmente definidas não se traduzem apenas ao nível das consciências individual ou coletiva. Há também aprendizagem de saber fazer e aquisição de novas habilidades ( Thiollent, 1986, p. 100)

Porém, vale uma ressalva quanto ao método da problematização, enquanto inserido na proposta político-pedagógica de pesquisa-ação que visa alguma transformação da realidade encontrada: diante dos problemas a serem estudados, valendo-se de um cenário real, além do ganho de conteúdos cognitivos e técnicos sobre o tema estudado, a ‘problematização’ precisa ser mais abrangente e revelar-se também como uma prática conscientizadora e crítica, visando à mobilização ética, social e política dos envolvidos, partindo da prática para a ela retornar, tal como abordado por Freire (1996).

Tal proposta abrangente de lidar com a problematização no contexto de uma pesquisa-ação, fortalece o “potencial emancipatório que reside nas relações ensinar-aprender-pesquisar” (Freitas, 2005, p.2) e, especificamente no caso dos profissionais e serviços de saúde, pode contribuir para o incremento da habilidade dos sujeitos observarem a realidade imediata, global e estrutural, detectarem recursos disponíveis, inventarem ou re-inventarem tecnologias apropriadas e encontrarem formas de organização do trabalho e da ação coletiva, visando à melhoria do processo de trabalho e do cuidado (Dantas-Berger, Gomes, Leal, 2007).

### **2.3 - Desenho Metodológico do Projeto VDG: Caracterização do Campo, Descrição das Técnicas de Coleta, Registro e Análise dos Dados da Pesquisa**

O Projeto de pesquisa-ação **“Violência Doméstica e Gravidez de Alto Risco: Qualificando o Acolhimento” (Projeto VDG)**, desenvolvido no período de março de 2005 a dezembro de 2006, em hospital estadual de referência para gravidez de alto risco no Rio de Janeiro, teve como objetivo principal “gerar conhecimentos para a elaboração e implantação de um modelo de detecção e acolhimento qualificado de casos de violência doméstica na gravidez, como serviço sentinela no pré-natal de um hospital estadual de referência para gravidez de alto risco no Rio de Janeiro”( Giffin, Dantas-Berger, 2007).

A equipe de pesquisa foi composta por uma socióloga, duas psicólogas e uma médica sanitária, que mantinham encontros regulares (reuniões semanais) para discussão e planejamento das atividades e participavam sistematicamente das reuniões mensais no Centro de Estudos do Hospital. As atividades de campo foram desenvolvidas pelas duas psicólogas, em carga horária média entre 8 e 24 horas por semana. Pontualmente, para apoio em alguns encontros mensais no Hospital e análise dos prontuários, foram convidados consultores da Rede de Violência e profissionais ligados ao Programa de Assistência Integral à Saúde das Mulheres e da Assessoria de Prevenção de Acidentes e Violência da SESDEC/RJ.

A pesquisa foi implementada em Unidade Materno-Infantil de um Hospital Geral Estadual, onde são atendidos pacientes de toda região Metropolitana II do Rio de Janeiro, que abarca cinco municípios. No momento inicial da pesquisa (2005), a unidade hospitalar de atenção a grávidas e puérperas (referência para o alto-risco), contava com 48 leitos obstétricos , 4 leitos de pré-parto e uma média mensal de 1400

atendimentos, 280 nascimentos e 310 internações. No serviço ambulatorial de obstetrícia do pré-natal, que não atendia somente gravidez de alto-risco, 480 consultas de 1ª vez e 2190 subseqüentes foram registradas no mesmo ano, totalizando 2589 atendimentos. O nº de faltas, segundo informado, quase sempre era alto, sendo maior que o nº de consultas de 1ª vez, como se pode constatar nos dados levantados sobre o atendimento no período de janeiro a abril de 2005: 221 faltas para um total de 657 atendimentos, sendo 108 de 1ª vez e 549 subseqüentes.

O desenho metodológico original do projeto VDG fundamentou-se nas especificidades inerentes à pesquisa social, ao tratamento do tema da violência contra mulheres como fenômeno social complexo e na opção pela pesquisa-ação no processo de ‘capacitação participativa’.

Neste sentido, apostou-se na condição de se realizar a pesquisa acreditando que “não é apenas o investigador que dá sentido a seu trabalho intelectual, mas os seres humanos, os grupos, e as sociedades dão significado e intencionalidade a suas ações e a suas construções [...]” (Minayo et al, 1994, p. 14) o que reforça ser seu objeto de caráter especificamente qualitativo, demandando, portanto, vias de acesso e métodos próprios.

A opção pelo referencial da pesquisa qualitativa no projeto se justificou pela mesma viabilizar o acesso, a compreensão e a interpretação de realidades como “universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. (Minayo et al, 1994, p.21-22)

Foi tomado como desafio a busca da compreensão da complexa realidade humana vivida socialmente, no caso:

- as percepções e significados operados por profissionais de saúde dos serviços de atenção obstétrica hospitalar, relacionados à suas experiências pessoais e profissionais

com relação à temática da violência, incluindo temas como gênero, violência doméstica e sexual e gravidez de alto-risco, contextualizados na prática e formação pessoal e profissional dos mesmos, de modo a dar visibilidade a processos institucionais, subjetivos e intersubjetivos compreendidos em tais vivências.

Estes dados foram complementados por pesquisas suplementares (análise documental) em bancos de dados próprios disponibilizados pelo serviço selecionado, como prontuários, fichas de registro e acompanhamento das mulheres e estatísticas de serviço.

Considera-se que o modelo de entrevista semi-estruturada é apropriado à abordagem da temática proposta pela pesquisa, por possibilitar lançar-se mão de um roteiro, que articule questões previamente formuladas pela entrevistadora com alguns temas abertos à exploração da(o) própria(o) entrevistada(a), que poderá falar de modo mais livre e profundo, por exemplo, sobre temas “tabus”/ sensíveis que cercam as situações de violência nas relações de intimidade, como a sexualidade, o prazer, entre outros (**vide anexo 01: Roteiro para Entrevista Semi-Estruturada com Profissionais de Saúde Envolvidos no Atendimento de Pré-Natal e Parto**).

Foram realizadas **34 entrevistas em profundidade com profissionais de saúde** que atuam no pré-natal, parto e puerpério do HEAL: 08 obstetras, incluindo coordenador da unidade materno-infantil; 03 Pediatras; 03 assistentes sociais; 02 psicólogas; 04 enfermeiras; 10 auxiliares e 01 técnica de enfermagem; 01 terapeuta ocupacional; 01 guardete; 01 auxiliar administrativo.

Além das entrevistas semi-estruturadas com profissionais na unidade materno-infantil selecionada, gravadas e transcritas em sua maioria, norteadoras e disparadoras de todo o processo de intervenção subsequente, foram realizadas ainda:

- **Levantamento da Rede Intersetorial de Violência**, através de visitas aos locais (28 serviços) e realização de entrevista estruturada com informantes-chave;

- **57 entrevistas com gestantes de 1ª consulta no ambulatório de pré-natal**, de idades entre 18 e 44 anos (a maioria na faixa etária dos 20 aos 30 anos), gravadas e transcritas, seguindo o seguinte roteiro temático:

- Dados pessoais (idade, escolaridade, situação trabalhista, moradia, situação conjugal, nº de filhos, nº de gestações, entre outras)
- Histórico da gravidez atual e expectativas;
- Situação conjugal (antes e depois da gravidez);
- Percepção da violência e história dos conflitos, agressões e/ou violências vividas
- Expectativas e buscas de suporte social e serviços na gestação e/ou no enfrentamento das situações de abandono e violência
- Opiniões livres

- **34 entrevistas de seguimento com as gestantes de primeira vez já entrevistadas** (registro escrito): Após o levantamento dos agendamentos de retorno das mesmas e, se possível em momentos entre o 7º e 9º mês de gravidez, as gestantes eram abordadas na sala de espera, através de um convite para uma breve entrevista. Buscava-se levantar e comparar estado atual e passado (1ª entrevista) em termos de saúde física e psicológica, relação com parceiro, situação trabalhista e financeira, apoio social, dificuldades relacionadas aos cuidados referentes à gravidez, incluindo realização e resultados adversos de exames, além do registro das informações referentes ao Cartão da Gestante e acompanhamento de outros encaminhamentos via análise dos prontuários.

- **Observação de 50 consultas de pré-natal no ambulatório da Unidade Materno Infantil**, além de observação das rotinas e fluxos de atendimento prestado a gestantes e puérperas;

- **02 oficinas de sensibilização e pelo menos 15 outros encontros/reuniões mensais** diversas com a participação de chefias e/ou representantes da equipe multidisciplinar envolvida na atenção a gestantes e puérperas;

- **Produção e reprodução de material informativo e educativo diversificado**, entre eles o mini-guia de serviços de violência produzido a partir da visita aos serviços da rede e que, posteriormente, passou a ser distribuído entre a clientela entrevistada e /ou atendida no projeto, via o programa de detecção e acolhimento de mulheres em situação de violência implementado;

- **01 Seminário Intersetorial Final** para disseminação da experiência do hospital na rede, com participação ativa dos representantes do grupo técnico responsável pelo seguimento das ações no hospital (tais como as rotinas de rastreamento e acolhimento dos casos de violência). O encontro configurou-se em momento único de inovação reconhecida por uma platéia de cerca de 115 participantes, especialmente no que se refere a uma parceria e integração entre a academia e o serviço.

Em termos da organização e análise dos dados, além da gravação, a transcrição, a digitação e o arquivamento das entrevistas em arquivos eletrônicos e impressos, foram feitas anotações adicionais como registro de gestos, silêncios, risos, lapsos, enfim, o conjunto das entrevistas e elaborados diários de campo.

Os registros relacionados a momentos específicos de discussão coletiva e avaliações do processo com e entre profissionais envolvidos no processo da pesquisa serão outras fontes de análise (atas de reuniões mensais da equipe multidisciplinar, relatório técnico



das oficinas e do grupo técnico formado, ficha de detecção de violência implantada e rotinas propostas, entre outros).

Para a análise e interpretação dos dados, a proposta definida por J.Maitre (apud Thiollent, 1982, p.87), de “retardamento da categorização”, possibilitada pela realização de leituras sucessivas do material, ajuda na construção dos possíveis significados contidos nas representações das entrevistadas, ajudando a evitar uma predefinição das respostas possíveis.

#### **2.4) Notas sobre as Entrevistas com as Gestantes**

Cabe registrar que, embora os dados gerados com as entrevistas realizadas com gestantes sejam alvo de outro estudo, o uso estratégico de algumas informações-chave fez parte do processo de sensibilização e formação dos profissionais no hospital.

Deste modo, apresentamos à equipe de saúde envolvida algumas situações, percepções e avaliações trazidas por estas mulheres, buscando problematizá-las e, em alguns momentos, fazendo interagir percepções de ambas as partes (profissionais e gestantes), ampliando a possibilidade de que as demandas femininas fossem consideradas e suas visões (como as que consideravam que a mulher não se sentiria confortável em falar sobre a vida com o parceiro) fossem reformuladas. Entre outros dados que foram desta forma trabalhados, destacamos aqueles sobre: a prevalência da violência na vida das mesmas, inclusive na gravidez ( 14 eventos violentos relacionados ao período de gestação foram relatados); a qualidade da relação conjugal pós-gravidez ( que ficou pior para 19 delas, a maioria porque o parceiro não queria que ela engravidasse, sendo que em alguns casos esta piora levou ao rompimento da relação); e, as vivências e expectativas com relação ao serviço de saúde e a consulta pré-natal (a

grande maioria disse quealaria normalmente sobre sua intimidade e conflitos com o parceiro, mas somente se os profissionais perguntassem).

## 2.5) Aspectos Éticos

O projeto “*Violência Doméstica e Gravidez de Alto Risco: Qualificando o Acolhimento*” (Projeto VDG), foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, sob o **parecer nº 124/04**.

Entre outros cuidados ético-metodológicos considerados na implementação do Projeto VDG, em conformidade com a Resolução 196 / 96 do Conselho Nacional de Saúde e no âmbito da proposta de utilização dos **Termos de Consentimento Livre e Esclarecido utilizados com profissionais ( vide anexo 2)** e gestantes tivemos:

- a apresentação individual das pesquisadoras e do projeto que originou a pesquisa;
- a descrição clara dos objetivos da pesquisa e da técnica de entrevista;
- consulta prévia aos participantes sobre a autorização de gravação em áudio da entrevista;
- garantia do sentido voluntário e da possibilidade de desistência da entrevista ou de não responder qualquer questão;
- garantia do anonimato dos entrevistados e envolvidos e da confidencialidade das respostas. Nenhum dado de identificação dos respondentes será registrado, ou seja, a folha de rosto e a entrevista transcrita serão codificadas

Registra-se ainda que, além do uso do termo de consentimento livre e esclarecido, foram seguidos outros cuidados éticos e técnicos pertinentes à abordagem qualitativa do tema da violência (Ellsberg, Heise, 2005), como por exemplo: garantido primeiro acolhimento e encaminhamento interno e/ou externo dos casos por ventura detectados

nas entrevistas com gestantes e profissionais; prestada informações sobre serviços de referência, complementadas com a distribuição dos mini-guias de serviços; oferecida a possibilidade de que as gestantes optassem por levar ou não para casa material disseminado via participação no projeto, quer fossem as cópias dos termos de consentimentos, ou os mini-guias, buscando maior proteção daquelas que por ventura identificassem correr qualquer risco desnecessário em portar tais documentos, especialmente frente a seus parceiros.

Para finalizar, destacamos ainda algumas especificidades éticas inerentes a projetos de pesquisa que incluem a participação dos atores-chave em todo processo de investigação e produção do conhecimento (Schmidt, 2008), como no caso da pesquisa-ação, a forma de divulgação dos resultados exigiria alguns cuidados. Com relação aos resultados, o Seminário final foi um retrato explícito do respeito aos participantes, quando participaram integralmente do evento, desde sua organização até a composição compartilhada da mesa destinada a apresentar a experiência.

### **III–OBJETIVOS DO ESTUDO DE DOUTORADO:**

#### **2.1- Geral:**

Analisar o fenômeno da violência doméstica na gravidez (VDG), com foco na violência entre parceiros íntimos (VPI) e o uso da pesquisa-ação como ferramenta estratégica na qualificação da atenção em saúde para acolhimento dos casos.

#### **2.2- Específicos (por artigo)**

**1** - Sob as perspectivas de gênero, direitos humanos e saúde pública, demarcar conceitualmente o problema da violência contra mulheres, com vistas a conhecer e problematizar as principais conseqüências da violência entre parceiros íntimos (VPI) para a saúde das mulheres e o modo como profissionais e serviços de saúde lidam com tal fenômeno social.

**Artigo 1:** *Violência entre Parceiros Íntimos e Saúde das Mulheres: Reflexões e Desafios para a Educação na Saúde e o Acolhimento Qualificado*

**2** - Realizar avaliação crítica da literatura (revisão bibliográfica) sobre experiências na educação inicial e profissional em saúde para abordagem da violência entre parceiros íntimos, à luz das evidências sobre prevenção e acolhimento da violência doméstica no setor saúde.

**Artigo 2:** *Violência entre parceiros íntimos : evidências na formação em saúde*

3 - A partir de entrevistas semi-estruturadas realizadas com profissionais de uma equipe multidisciplinar atuante em unidade de saúde materno-infantil selecionada, analisar as experiências e os significados atribuídos à violência entre parceiros íntimos, a visibilidade de seus efeitos na saúde materno-infantil e as possibilidades e limites para acolhimento dos casos em serviços de pré-natal e maternidade

**Artigo 3 : *Serviços de Saúde e Violência na Gravidez: Perspectivas e Práticas de Profissionais e Equipes de Saúde em um Hospital Público no Rio de Janeiro.***

4- Descrever, analisar e interpretar o Projeto de Pesquisa-ação “Violência Doméstica e Gravidez de Alto Risco: Qualificando o Acolhimento” (Projeto VDG) no que se refere aos processos individuais e coletivos de produção de conhecimento e organização do serviço de saúde para abordagem da VPI na gravidez.

**Artigo 4: *Gênero, Violência, Gravidez e Saúde: A ‘Visibilidade Construída’ e a ‘Angústia Compartilhada’ nos Processos de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde*”.**

## CAPÍTULO IV - ARTIGOS

### 4.1- ARTIGO 1:

***“VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS E SAÚDE DAS MULHERES:  
REFLEXÕES E DESAFIOS PARA A EDUCAÇÃO NA SAÚDE E O  
ACOLHIMENTO QUALIFICADO”<sup>3</sup>***

**Sônia Maria Dantas-Berger**

---

<sup>3</sup> Artigo aprovado para publicação na SABERES - Revista do Observatório dos Movimentos Sociais nº 3 (ISSN 1984-0896). Centro Acadêmico do Agreste, Universidade Federal de Pernambuco (CAA/UFPE).

*“Violência entre Parceiros Íntimos e Saúde das Mulheres: Reflexões e Desafios para a Educação na Saúde e o Acolhimento Qualificado”*

Dantas-Berger SM

**Resumo:** A partir de breve demarcação e conceituação do problema da violência contra mulheres, sob as perspectivas de gênero, direitos humanos e saúde pública e, da constatação de sua persistente (in) visibilidade na assistência em saúde, o artigo aponta algumas conseqüências para a saúde das mulheres, problematiza o modo como profissionais de saúde lidam com tal fenômeno social e, sinaliza limites e demandas abarcados no processo de educação na saúde frente ao tema da violência entre parceiros íntimos (VPI).

**INTRODUÇÃO:**

A Organização Mundial de Saúde reconhece a violência como um problema de saúde pública, definindo-a como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (WHO, 1996).

A violência dirigida contra mulheres, adolescentes e meninas na família, contra mulheres nas relações de intimidade com companheiros atuais e passados (violência entre parceiros íntimos-VPI) e no mundo público estariam, a priori, enquadradas como tipos de violência interpessoal, sendo ainda classificadas segundo a natureza do ato – físico, psicológico ou sexual - e do vínculo ou relação estabelecida entre perpetrador e vítima da violência (Krug et al, 2002).

Porém, embora evidências frente à prevalência e morbidade relacionadas ao fenômeno da violência entre parceiros íntimos apontem para a necessidade de se

identificar e tratar dos casos, na avaliação de alguns programas implantados na área da saúde constata-se que poucos médicos e equipes aderem aos programas que procuram incorporar uma atenção diferenciada às pessoas e famílias em situação de violência (Ramsay, Rivas, Feder, 2005).

A partir de uma breve demarcação e conceituação do problema da violência contra mulheres, buscaremos apresentar as principais conseqüências para a saúde das mulheres e problematizar o modo como profissionais e serviços de saúde lidam com tal fenômeno social, para que demandas envolvidas na formação e educação profissional sejam sinalizadas e discutidas.

## **I) O GRANDE TEMA DA VIOLÊNCIA: INTERFACES NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA E DOS DIREITOS HUMANOS**

Atualmente, nos contextos nacional e internacional, a violência, enquanto fenômeno social, tem sido um dos problemas de saúde pública de maior expressão em todo mundo, ganhando visibilidade inclusive, de forma mais recente, em recomendações e estudos veiculados por organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde(OMS), conforme demonstrado no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde ( Krug et al.,2002).

No Brasil, dados do Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde referentes a 2006, indicavam que ocorreram 47.477 óbitos por homicídio (130 por dia), 34.954 mortes no trânsito (96 por dia) e 8344 suicídios (23 por dia), o que equivaleria a 249 mortes ocorrendo a cada dia (Brasil, 2007).

Entretanto, reconhece-se que, grande parte dos atos de violência é praticada no âmbito doméstico e das relações íntimas, o que implica, muitas vezes, na



subnotificação dos casos, especialmente da violência envolvendo grupos vulneráveis com relação às condições de gênero e ciclos de vida, como as crianças, mulheres e idosos. Estas agressões vividas na privacidade do lar, tidas como a ‘parte invisível da violência’ (Schraiber, D’Oliveira, Couto, 2006, p.114), apesar de nem sempre resultarem em mortes ou lesões graves, trazem enormes danos físicos, psicológicos e sociais às pessoas envolvidas, intensificados ainda por sua ocorrência de forma crônica.

Por isso, torna-se importante resgatar um pouco o modo como o fenômeno da violência contra mulheres no âmbito das relações de intimidade tem sido abordado pelos movimentos sociais, em especial pelo movimento de mulheres, pioneiro no trabalho em prol da visibilidade da problemática da violência contra mulheres. Para além de uma descrição sobre diferenças entre identidades masculinas e femininas, o feminismo apontou para o fato das relações sociais de sexo envolverem poder e produzirem injustiça social, demonstrando que o que é da ordem privada e sagrada da família é operado no social ( Brasil,2008a).

Sob o lema de que ‘o pessoal é político’, como no caso da violência entre parceiros íntimos, alguns marcos conceituais importantes foram sendo construídos neste processo histórico, atravessando desde uma perspectiva inicial mais ‘denuncista’ (quem ama não mata) e ‘vitimista’, que reconheceu na mulher apenas o lado passivo da situação/relação, até as concepções mais contemporâneas que apostam na possibilidade de um papel mais ativo da mulher, que passa a ser considerada como uma pessoa ‘em situação de violência’ e a contar com redes de apoio e políticas públicas para a superação da violência (Gregori, 1993, 1993a; Brasil, 2008).

Como consequência deste processo, a temática dos direitos das mulheres e da violência de gênero tem sido abordada em diferentes conferências, tratados e convenções internacionais. Especialmente nas últimas duas décadas, baseando-se numa certa evolução de noções como direitos humanos e desenvolvimento sustentável, tem se reforçado, cada vez mais, a necessidade de promoção da igualdade e equidade entre os sexos para se alcançar à justiça social.

Na Conferência de Direitos Humanos de Viena, em 1993, foi adotada pela primeira vez, uma definição oficial das Nações Unidas para a violência contra a mulher, que incluiria:

Todo ato de violência de gênero que resulte em, ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico da mulher, incluindo a ameaça de tais atos, a coerção ou a privação arbitrária da liberdade, tanto na vida pública como na vida privada (Economic and Social Council, 1992, apud Heise, Pitanguy, Germain, 1994, p.3).

Nesta perspectiva, a violência contra a mulher, portanto, incluirá a violência doméstica ou ‘intrafamiliar’, praticada por marido ou companheiro; a violência sexual praticada por parentes (inclusive maridos, ex-maridos e namorados) e por desconhecidos; o assédio sexual e moral nas relações de trabalho, no sistema de ensino e na relação médico-paciente, entre outros.

Fundamentalmente, a importância que diferencia a Conferência de Viena das demais, deve ser reconsiderada por garantir a “indivisibilidade e a universalidade dos direitos humanos”:

Em Viena, supera-se a dicotomia entre Direitos Cívicos e Direitos Políticos e Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotando-se a premissa de indivisibilidade e universalidade dos direitos humanos. E, pela primeira vez, reconhece-se que as ameaças à vida e o tratamento cruel e desumano que ocorrem na esfera privada, inclusive o estupro, devem ser considerados abusos contra os direitos humanos (Correa, 2001, p.6).

Vale comentar que, na definição de violência contra a mulher como ‘ato de violência de gênero’, não se encontra, inicialmente, nenhuma consideração sobre o

que seria abordado como ‘violência de gênero’. Se a considerarmos, então, como um fenômeno que acontece por motivo de construção socialmente desigual para homens e mulheres, em função de seu sexo, estaria sugerida a possibilidade de que o homem também sofra as conseqüências da violência baseada em gênero.

De fato, constata-se o peso diferencial de gênero quando se demonstra estatisticamente o quanto os homens sofrem mais os efeitos da violência no âmbito público - homicídios e acidentes, por exemplo - do que as mulheres (estas, por sua vez, mais atingidas no âmbito privado de suas vidas). Ter que ser ‘forte’, ‘destemido’ e ‘não levar desaforo para casa’ traz sim conseqüências para muitos homens. Em uma visão relacional dos gêneros, não se pode ignorar nem o fato das violências que atingem homens na esfera pública também serem relacionadas aos papéis e estereótipos de gênero, embora não praticadas por mulheres, nem as possíveis conseqüências destas violências públicas para as relações íntimas entre os gêneros (Dantas-Berger, Giffin, 2005).

Atualmente, estes têm sido aspectos explorados em alguns estudos sobre as ‘masculinidades’ (Nolasco, 1995) e que consideramos extremamente pertinentes nos estudos de gênero em geral, especialmente na abordagem da violência entre parceiros íntimos, ressaltando-se tanto os aspectos relacionais como os estruturais implicados na complexidade de tal fenômeno social. Sabemos que as dificuldades crescentes em garantir a sobrevivência familiar através de um ganho digno e estável, base da tradicional identidade masculina de ‘provedor’, por exemplo, tem estreita relação com a atitude masculina perante uma gravidez (Chumpitaz, 2003) podendo estar relacionada com o início da violência doméstica justamente durante a gravidez (Oliveira, Vianna, 1993).

No panorama brasileiro atual das políticas públicas para mulheres (Brasil, 2008), que inclui marco legal para enfrentamento do problema da violência contra mulheres, através de legislação específica - Lei Maria da Penha (Brasil, DOU, 2006), encontra-se como referência, a definição de violência contra mulheres da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher - Convenção de Belém do Pará de 1994 (Agende, 2004), que é muito similar àquela proposta em Viena. No caso da lei brasileira, são introduzidas ainda especificidades relativas aos danos morais e patrimoniais decorrentes da violência (como rasgar documentos, quebrar objetos da casa e da mulher, entre outras), conforme as disposições gerais: “Para efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial[...]” (Lei nº 11.340/2006, Capítulo I, Artigo 5º).

Na seqüência, o mesmo artigo 5º detalha em que âmbitos serão considerados tais violências – doméstico, familiar e em ‘qualquer relação íntima de afeto’, atual ou passada, assim como introduz parágrafo único que ratifica que tais situações independem da orientação sexual dos envolvidos.

De qualquer forma, para finalizarmos provisoriamente as problematizações quanto à complexidade conceitual do tema, o que parece ser considerado comum na articulação entre violência e gênero em muitos dos estudos realizados e que reforça a opção dos pesquisadores pela ênfase na violência praticada por homens contra mulheres, é, justamente, em função de ser “alta sua incidência e severidade quando comparada com a violência praticada por mulheres contra homens” (Suárez, Bandeira, 1999:24).

Neste sentido, temos a outra face do problema: os efeitos da violência perpetrada por homens contra mulheres associam-se a diferentes situações de morbidade e causas de mortalidade feminina, e, portanto, dada sua alta prevalência enquanto fenômeno de agravo e ameaça à vida e à qualidade da existência, faz parte do universo da saúde pública (Minayo, Souza, 1999).

Como vimos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a violência como um problema de saúde pública e considera que qualquer comportamento dentro de um relacionamento íntimo que cause dano sexual, psicológico ou físico para os envolvidos na relação, é considerada uma 'violência entre parceiros íntimos' (Krug et al., 2002).

Sendo assim, retomamos a reflexão sobre o problema, apostando na interseção entre a saúde pública e os direitos humanos aplicados à proteção das mulheres contra possíveis negligências com relação às suas necessidades em saúde, quando buscam os serviços com suas queixas e sofrimentos invisíveis decorrentes das situações de violência doméstica (OMS, 2001).

## **II) A MAGNITUDE DO PROBLEMA DA VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS E SEUS EFEITOS NA SAÚDE DAS MULHERES**

Tanto no estudo pioneiro de Heise e colaboradores (1994) como em outros mais recentes reunidos no Relatório Mundial sobre Saúde e Violência da OMS em 2002, a alta incidência de violência de homens contra mulheres é demonstrada, sendo a forma mais endêmica encontrada nos estudos a violência sexual e física de companheiros íntimos contra suas mulheres:

[...] em muitos países, entre um quarto e mais da metade das mulheres informaram ter sido violentadas fisicamente por um parceiro atual ou passado (Heise, Pitanguy, Germain, 1994, p.5-6).

Dados disponíveis sugerem que em alguns países aproximadamente uma em cada quatro mulheres relata violência sexual por um parceiro íntimo [...] (Krug et al, 2002:18).

Em 48 pesquisas de base populacional, 10-69% das mulheres entrevistadas apontaram terem sido alguma vez alvo de agressão física de seus parceiros; a violência física é frequentemente acompanhada da violência psicológica e, de um terço a 50% dos casos pela violência sexual (Krug et al., 2002).

No campo da violência sexual doméstica, a associação entre lares violentos e estupro conjugal vem sendo ainda pouco reconhecida e detectada pelos serviços brasileiros em geral. Já na área de investigações de base populacional, a pesquisa domiciliar e nacional “A mulher brasileira nos espaços público e privado” (Fundação Perseu Abramo, 2002) é considerada um estudo nacional pioneiro. Nesta pesquisa, uma amostra de 2.502 mulheres com 15 anos de idade, ou mais, distribuídas em 187 municípios de 24 estados das cinco macrorregiões do país foi entrevistada. Foi utilizado questionário estruturado, no qual além da violência e de outros assuntos relacionados à saúde reprodutiva e sexualidade, foram abordados temas como a divisão sexual do trabalho e a participação da mulher em espaços públicos e privados. Entre os resultados, encontram-se:

- Cerca de uma em cada cinco das entrevistadas declarou espontaneamente ter sofrido algum tipo de violência por parte de algum homem, sendo 16% de violência física e 25% psíquica;
- Quando estimuladas pelas entrevistadoras, através da citação de diferentes formas de agressão, 24% declaram ter sofrido ameaças com armas ao direito de ir e vir, 22% declaram agressões físicas sofridas diretamente e 13% estupro conjugal ou abuso;
- Espancamento com cortes, marcas ou fraturas já ocorreu a 11% das mulheres;

- O mesmo percentual (11%) foi encontrado para relações sexuais forçadas, em sua maioria estupro conjugal.

No âmbito da linha de pesquisa “Violência e Gênero nas Práticas de Saúde”, desenvolvida pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e pelo Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (SP), encontramos investigações bastante criteriosas sobre o tema. Entre elas, a pesquisa coordenada pela Organização Mundial de Saúde “O Brasil no Estudo Multipaíses sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica” (Schraiber, D’Oliveira, 2002), através da qual foram visitados um total de 4.299 domicílios na cidade de São Paulo e na Zona da Mata em Pernambuco, contando com 2645 mulheres entrevistadas. Entre outros objetivos, o estudo buscou apontar a prevalência da violência entre mulheres de 15 a 49 anos e demonstrar conseqüências para sua saúde, como reunido a seguir:

- na cidade de São Paulo, entre mulheres que tiveram companheiro pelo menos uma vez na vida, a taxa de violência física por parceiro íntimo, tal como tapa, empurrão, soco, chute, estrangulamento, queimadura ou ameaça com arma branca ou de fogo, foi de 27%, enquanto na Zona da Mata chegou a 34%;

- dentre aquelas que relataram violência física, lesões como cortes, perfurações, mordidas, contusões, esfolamentos, fraturas, dentes quebrados, por exemplo, foram informadas por 40% delas em São Paulo e 37% na Zona da Mata.

Um inquérito de base-populacional mais recente, que envolveu 6.760 mulheres de 15 a 69 anos de 15 capitais brasileiras, além do Distrito Federal, apontou uma prevalência global de agressão psicológica, abuso físico “menor” e grave no casal de 78,3%, 21,5% e 12,9%, respectivamente (Reichenheim et al, 2006).

De modo geral, portanto, este quadro de prevalência da violência na vida das mulheres pode resultar em, entre outros agravos (Heise et al, 1994):

- Conseqüências não fatais para a saúde física: DST's, lesões, doença pélvica inflamatória, gravidez indesejada, aborto, dor de cabeça, problemas ginecológicos, abuso de drogas/álcool, comportamentos que trazem danos à saúde como sexo inseguro, aleijamento parcial ou permanente, entre outras;
- Conseqüências não fatais para a saúde mental: depressão, ansiedade, disfunção sexual, desordens da alimentação, por exemplo;
- Conseqüências fatais: suicídios e homicídios;
- Conseqüências econômicas: nos países onde a economia e o mercado encontram-se mais consolidados, 19% dos anos de vida perdidos por morte ou incapacidade física, por mulheres de 15 a 44 anos, resultam da violência baseada em gênero.

De fato, no estudo Multipaíses já citado, verificou-se que as mulheres que sofreram violência relataram de 2 a 3 vezes mais a intenção e a tentativa de suicídio do que aquelas que não sofreram, além de mais problemas relacionados ao uso diário de álcool e à bebida nos últimos 12 meses. Em subprojeto do mesmo estudo, no que se refere aos transtornos mentais comuns como a depressão e ansiedade foi encontrada prevalência de 49,0% entre mulheres que relataram algum tipo de violência e de 19,6% entre as que não relataram (Ludermir et al., 2008).

Especificamente no que relaciona aos impactos da violência doméstica e de parceiros íntimos (VPI) sobre a saúde reprodutiva das mulheres, não há como negar que muitas vezes o abuso está relacionado a problemas de grande magnitude e complexidade como a gravidez indesejada, a infecção pelo HIV e outras DSTs, bem como complicações da gravidez, tomando caminhos variados até seu desfecho, incluindo o abortamento clandestino em condições inseguras.

Em termos dos agravos à saúde diretos e indiretos provocados pela VPI na gestação, já no relatório pioneiro que reuniu investigações do mundo inteiro, intitulado “Como



acabar com a violência contra as mulheres” e publicado em 1999, evidências apontavam, entre outros possíveis fatores de risco obstétrico e resultados adversos: uma tendência de que a mulher ignorasse ou adiasse a necessidade do atendimento pré-natal; o aumento de risco de infecções vaginais e cervicais; o risco de aborto espontâneo ou provocado; o risco de parto prematuro e sofrimento fetal; além de uma possível relação com o baixo peso ao nascer (BPN) do bebê. Indiretamente, a exposição a situações de stress e ansiedade comuns nas relações interpessoais violentas (e, muitas vezes crônicas), pode reduzir a possibilidade da mulher ganhar ou obter índices adequados de nutrição e repouso, por exemplo(Heise, Ellsberg, Gottemoeller,1999).

Estudos de revisão mais recentes (McFarlane et al., 2002), ao compararem diferentes desfechos entre as mulheres que sofreram VPI no período da gestação com aquelas que sofreram violência fora deste período, identificam que pode ser três vezes maior o risco das primeiras sofrerem alguma tentativa de homicídio ou serem mortas. Concluíram que a violência na gestação relaciona-se a um padrão muito grave de violência, sendo um evento que pode ser mais freqüente do que vários agravos habitualmente rastreados durante o pré-natal (diabetes, hipertensão arterial sistêmica e diabetes gestacional).

Destaca-se, ainda, que a própria gravidez pode ser resultado da VPI, quer seja pela relação sexual forçada, ‘cedida’ ou pela recusa do parceiro ao uso de métodos contraceptivos (Dantas-Berger, 2003; Dantas-Berger, Giffin, 2005).

No que se refere à freqüência de abortos entre mulheres entrevistadas que informaram terem sofrido violência física e sexual, comparadas àquelas que não relataram, diferenças significativas foram encontradas em dois locais selecionados do estudo Multipaíses da OMS no Brasil: na Zona da Mata de Pernambuco a diferença foi

de 8% para 3% e em São Paulo de 28% para 9%, respectivamente (Schraiber, D'Oliveira, 2002).

Há de se ressaltar, porém, que as conseqüências negativas da violência contra mulheres, muitas vezes, se refletem na sociedade em geral, na medida em que afetam tanto o indivíduo que sofre a ação violenta, como podem ainda comprometer o desenvolvimento social ao atingirem outros integrantes da família, como crianças e adolescentes, e abalar as estruturas familiares em si, repercutindo, por sua vez, nos meios comunitários e sociais em que se encontram inseridas estas mulheres e seus filhos.

Mas, até que ponto estes agravos resultantes das situações de VPI são nomeados, percebidos e identificados nos serviços de saúde? E se são identificados, de que forma são acolhidos e tratados? Estas são algumas questões que veremos a seguir.

### **III)SERVIÇOS, PROFISSIONAIS E EQUIPES DE SAÚDE (DA MULHER): PANORAMA DE PRÁTICAS E DESAFIOS DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE FRENTE AO TEMA DA VPI**

Uma das tendências na literatura internacional nos campos da saúde e da violência doméstica tem sido o desenvolvimento de pesquisas e a implantação de programas e protocolos que promovam a identificação dos casos, principalmente entre a população de crianças e mulheres atendidas nos diversos níveis de atenção, para que intervenções específicas e/ou prevenção de novos incidentes seja viabilizada. Os profissionais e serviços de saúde são, assim, considerados estratégicos no enfrentamento da violência entre parceiros íntimos, uma das formas mais comuns de violência contra as mulheres (Velzeboer, 2003).

Pesquisas concluem que “o que cada mulher em situação de violência traz aos serviços de saúde não é a violência como um problema: em geral traz apenas seus efeitos” (Schraiber et al., 2005:94). A dificuldade das mulheres falarem deste problema é consolidada se os serviços também não abordam a questão. Como ratificado nas considerações abaixo:

Mesmo sendo subestimada a magnitude do agravo, devemos considerar em nossas proposições que elas chegam cotidianamente a todos os setores de saúde da rede pública e privada do país, também aí, permanecendo, na maior parte das vezes, invisível os sinais de violência (Mendes, 2005, p.130).

Reconhecemos que a atuação do setor saúde na trajetória das mulheres em situação de violência entre parceiros íntimos ainda é limitada, em comparação à atenção proporcionada às mulheres que vivem a violência sexual por estranho e procuraram ajuda. Estas, pelo menos nos locais em que a rede intersetorial de atenção em violência funciona minimamente, após buscarem a delegacia, têm a oportunidade de serem informadas sobre ou encaminhadas para um serviço de saúde de referência e atendidas dentro do protocolo previsto pelo Ministério da Saúde (Brasil, MS, 1999/2002).

Neste caminho, importantes iniciativas intersetoriais somaram-se para fazer valer direitos das ‘vítimas’ de violência, especialmente o direito a interromper uma gravidez decorrente do estupro (conforme previsto, desde 1940, no Código Penal Brasileiro). Pouco a pouco, uma atenção mais integral em saúde tem sido normatizada, através da qual, além do aborto legal, o acesso à anticoncepção de emergência e à profilaxia para o HIV são algumas rotinas previstas.

Já no que se refere às mulheres em situação de violência doméstica/conjugal, quando encontramos alguma referência relacionada à atenção em saúde que buscaram ou receberam, não avaliamos que tenham sido as mesmas atendidas, dentro de rotinas de atenção sensíveis à abordagem da violência entre parceiros íntimos, em seu viés de gênero e de direitos humanos. Sabemos que muitos agravos informados pelas mulheres

nas emergências em saúde, na verdade, mascarados como acidentes (como os tombos de escada, escorregões), ou as dores sem nome das ‘poliqueixosas’, podem, na realidade, esconder um ato intencional, uma situação de violência. De modo geral, os programas e serviços de saúde não contam ainda com protocolos de atenção para casos de VPI, independentemente da situação referente à notificação compulsória de tais agravos prevista no Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências do SUS (Brasil, DOU, 2003).

Estudiosos apontam que esta ‘invisibilidade’ da VPI é normalizada em sociedades que consideram que ‘em briga de marido e mulher ninguém mete a colher’, e responde tanto às dificuldades das mulheres envolvidas em falar sobre suas vivências como às dos profissionais em perguntar, sendo assim perpetuada ao longo do tempo.

Assim, os profissionais de saúde seriam, de fato, aliados fundamentais no enfrentamento deste problema. Mas, como se sentem e atuam diante de uma questão social tão complexa como a violência? Entre outras dificuldades, pesquisas mencionam as seguintes barreiras para que algum acolhimento das pessoas em situação de violência seja realizado: falta de recursos pessoais e institucionais, preconceitos e estereótipos culturais (por ex. concepção da violência doméstica como problema de foro íntimo), medo de represália do agressor, falta de preparação e de espaços de discussão para as equipes.

De fato, observa-se que, em termos da formação em saúde, apesar dos profissionais, especialmente aqueles alocados nos serviços de saúde reprodutiva, estarem em posição privilegiada para identificação e acolhimento das mulheres que vivem situação de violência doméstica e sexual, nem sempre tiveram os mesmos a oportunidade de serem devidamente sensibilizados, capacitados e/ou reconhecidos em suas potencialidades

para a abordagem de temas sensíveis como aqueles envolvidos neste tipo de atendimento, especialmente no contexto brasileiro (Ângulo-Tuesta, 1997).

Bosi e colaboradores (2000), embora mais focados no tema do abortamento na formação e prática dos médicos que lidam com questões da saúde das mulheres, apontam o aparente paradoxo envolvido no que chamam de ‘silêncio curricular’: apesar de grande parte da demanda dos serviços obstétricos estar relacionada à situação de abortamento e pós-abortamento, muitas vezes, em sua formação, a atenção ao tema resumiu-se a uma aula.

Além dos aspectos clínico-quantitativos, pouco se tem preparado qualitativamente os mesmos para a abordagem de temas ‘sensíveis’ (como seria o caso da violência contra mulheres) e moralmente carregados que incluem a necessidade de lidarem com a atenção a questões sociais complexas, e com suas próprias percepções e sentimentos, entre outros aspectos, que vão além de uma prática e abordagem biomédica (Schraiber, D’Oliveira, 1999; Giffin, 1995).

Por outro lado, destacamos a investigação qualitativa de Soares (2003) que partindo de pressuposto inicial da ‘resistência’ de profissionais das equipes multidisciplinares em saúde em aderir a programas de assistência a mulheres em situação de violência sexual, focalizou sua análise no âmbito das ‘representações sociais’ e não do conhecimento’ sobre o tema. Ainda que os resultados apontassem para uma transição entre a “concepção moralista/religiosa à promoção dos direitos e da autonomia das mulheres” a autora considerou que, processual e lentamente as experiências de atendimento através da atenção técnica normatizada aos casos de violência sexual (Brasil, MS, 1999/2002) “têm possibilitado mudanças de valores e a ressignificação da prática dos profissionais”. Em outras palavras, tais experiências parecem colocar em cena, situações e temas

relacionados, como abortamento, violência sexual e doméstica, relações de gênero, sexualidade, entre outros, que acabam por dar visibilidade sobre como:

O despreparo para lidar com estas questões esteve relacionado com a falta de capacitação [...] uma vez que este tema [violência sexual e agravos] não faz parte da formação acadêmica dos profissionais de saúde, junto à crença de que esta não é uma problemática pertinente ao setor saúde (Soares, 2003, p.400).

Por esta razão, experiências diversas referentes à incorporação da temática da violência na formação das equipes de saúde, recomendam que as propostas metodológicas de educação na saúde, para além dos aspectos epidemiológicos que informem sobre a prevalência e os aspectos técnicos de ‘treino’ para o manejo da situação (o ‘como’ perguntar e para onde encaminhar, por exemplo), incorporem e promovam a reflexão das vivências e crenças dos participantes, com vistas a uma maior responsabilização dos profissionais de saúde diante do problema e um acolhimento ‘implicado’ dos casos (Arcas, Ellsberg, 2001).

#### **IV) CONSIDERAÇÕES FINAIS**

*“[...] É uma coisa que até a gente pode começar a pensar mais... Porque a gente sempre acha que pode ser uma coisa infecciosa - a gente pede [exame de] urina, a gente examina, a gente vê se tem corrimento ou não (...) e acaba que se esquece de perguntar essas coisas importantes”* (Profissional da equipe de obstetrícia entrevistada, sobre o que acha de abordar a VPI na consulta - Projeto Violência Doméstica e Gravidez: Qualificando o Acolhimento)

*“[...] às vezes a pessoa está com problema, [...] com pressão alta, pode não ser que ela que esteja com um problema nela, às vezes ela está nervosa porque aconteceu alguma coisa com ela e, [...] não pode expressar com ninguém [...] o médico vai ser a melhor pessoa, (...) ainda mais no período que é do pré-natal”* (Gestante entrevistada sobre o que acha de falar da VPI na consulta.- Projeto Violência Doméstica e Gravidez: Qualificando o Acolhimento)  
(Giffin e Dantas-Berger, 2007a)

Como vimos e vemos, no artigo e nas falas em epígrafe, profissionais de saúde são apontados como estratégicos no enfrentamento da violência entre parceiros íntimos, no sentido de interromper o círculo vicioso do não-acolhimento, que reforça o silêncio em

torno do problema. Como a identificação dos casos é o primeiro desafio a vencer, a sensibilização sobre os decorrentes problemas de saúde é apontada como um caminho possível para motivar, inicialmente, a fala de ambas as partes (mulheres e profissionais).

Ao mesmo tempo, sendo um problema social complexo que foge aos limites do modelo biomédico de curar doenças com condutas medicamentosas individuais, é preciso mostrar que os profissionais de saúde têm, mesmo assim, uma contribuição importante a dar, no desencadeamento do que parece exigir um esforço inter e multiprofissional (envolvendo médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, agentes comunitários, por exemplo) e intersetorial, através da articulação de uma rede de serviços (Delegacias, Instituto Médico Legal, Abrigos, Defensoria Pública, Centros de Referência para Mulheres em Situação de Violência, Movimentos Sociais, ONGs, entre outros). O acolhimento, para além de um processo de medicalização, envolve a identificação dos casos, o acompanhamento dos problemas de saúde relacionados, a informação sobre os direitos das mulheres e os recursos psicossociais, jurídicos e de segurança disponíveis para as mulheres que decidem se confrontar com a situação vivida.

Ao contrário do que imaginam muitos profissionais, de que a mulher pode se sentir ofendida ou constrangida em falar sobre seu problema, experiências no campo da pesquisa qualitativa mostram que muitas delas, freqüentemente, expressam seu alívio em poder compartilhar o assunto com um ouvinte solidário, quando abordadas por entrevistadoras e profissionais preparados para acolher suas visões, no espírito de compreensão e aceitação, sem 'juízo'. (Dantas Berger, 2003; Deslandes, Gomes, Silva, 2000).

Aprender esta complexidade e respeitar o direito das mulheres de agir - ou não - em qualquer momento (deixar, ficar ou denunciar o parceiro, por exemplo), exige que

os profissionais de saúde tenham, igualmente, oportunidade para expressar e compartilhar suas próprias visões, experiências, dúvidas e considerações perante o problema, também num ambiente de acolhimento, compreensão e informação qualificada (Giffin, Dantas-Berger, 2007).

Tais estratégias de ‘escuta’ e ‘acolhimento’ para mulheres e profissionais (e também para os aspirantes, como alunos da graduação) pode prover insumos cruciais, abrir um caminho efetivo para ouvi-los e iniciar um trabalho com a violência doméstica dentro de um serviço ou programa de saúde, articulado aos demais serviços da rede e recursos comunitários disponíveis. Ao invés de uma formação tecnicista, como a que temos ainda hoje em nosso país, a formação em saúde demanda projetos político-pedagógicos de educação inicial e permanente em saúde, referidos a novos paradigmas de produção de conhecimentos (Koifman, Saippa-Oliveira, 2005; Silva, Sá-Chaves, 2008) que articulem a educação, a saúde e o trabalho e integrem os processos de ensino, pesquisa e a assistência numa perspectiva mais crítica e, mais, muito mais participativa...

## V) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (ARTIGO 1)

AGENDE. **10 Anos da adoção da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, Convenção de Belém do Pará.** Agende Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento - Brasília: AGENDE 2004.

ANGULO-TUESTA AJ. **Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde.** Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1997.

ARCAS CC, ELLSBERG M. **Sistematización del proyecto de OPS: hacía un modelo integral de atención para la violencia intrafamiliar en Centroamérica** - Informe Final. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2001.

BOSI MLM, NETO FUS, FILHO AFA, JÚNIOR FFB, PINHEIRO MAA, TINOCO FAH. Aborto Provocado: O Ponto de Vista de Acadêmicos de Medicina de Uma Universidade Pública. **Cad Saúde Pública.** 2000, 8 (2): 41-54.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008.



BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno Temático: **Prevenção de Violência e Cultura de Paz III**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008(a).(Painel de Indicadores SUS, 5).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do trabalho na Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL, D.O.U. **Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília: 8 ago. 2006.

BRASIL, D.O.U. **LEI NO 10.778 DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003** – Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília: 25 nov. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes – norma técnica**. Brasília: Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1999/2002.

CHUMPITAZ V. **Percepções femininas sobre a participação do parceiro nas decisões reprodutivas e no aborto induzido**. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2003.

CORRÊA S. **Violência e os Direitos Humanos das Mulheres – A Ruptura dos Anos 90**. [Apresentação ao Seminário Nacional Violência Contra a Mulher e as Ações Municipais das Mercocidades Brasileiras no Instituto Brasileiro de Administração Municipal. Rio de Janeiro: 2001].

DANTAS-BERGER SM. **Violência sexual contra mulheres: entre a (in)visibilidade e a banalização**. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2003.

DANTAS-BERGER SM, GIFFIN K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cad Saúde Pública**. 2005, 21(2): 417-425.

DESLANDES SF, GOMES R, SILVA CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**. 2000, 16 (1): 129-37.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. A mulher brasileira nos espaços público e privado. Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br/nop/mulheres/> . Acesso em 5-Mar- 2002.

GIFFIN K. Aborto provocado: o que pensam os médicos de quatro hospitais públicos do Rio de Janeiro; **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 1995, 4: 121-126.

GIFFIN K, DANTAS-BERGER SM. Violência de gênero e sociedade de risco: uma abordagem relacional. In: TAQUETTE, S. (Org). **Violência contra a mulher adolescente-jovem**. Rio de Janeiro: Eduerj; 2007. p 55-60.

GIFFIN K, DANTAS-BERGER SM. **Violência Doméstica e Gravidez de Risco: Qualificando o Acolhimento**. Relatório Descritivo Final. CNPQ:Processo 50.5607/2004-2. (Relatório De Pesquisa). Rio de Janeiro: Núcleo de Gênero e Saúde. ENSP/Fiocruz, 2007a.

GREGORI MF. As Desventuras do Vitimismo. **Rev. Est. Fem.** 1993, 1: 143-149.

\_\_\_\_\_. **Cenas e queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; São Paulo: ANPOCS; 1993<sup>a</sup>.

HEISE L, ELLSBERG M, GOTTEMOELLER M. Ending violence against women. **Popul Rep.**1999, 27:1-43.

HEISE L, PITANGUY J, GERMAIN A. **Violencia Contra La Mujer: La Carga Oculta sobre la Salud**. Washington, OPAS/OMS. 1994.

KOIFMAN L, SAIPPA-OLIVEIRA G. Produção de Conhecimento e Saúde. In: PINHEIRO R, CECCIM RB, MATTOS RA, organizadores. **Ensinar Saúde: A Integralidade e o SUS nos Cursos de Graduação na área de Saúde**.. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESQ:ABRASCO,2005( pp 111-130).

KRUG EG, DAHLBERG LL, MERCY JA, ZWI AB, LOZANO R, editors. **World Report on violence and health**. Geneva: World Health Organization; 2002.

LUDERMIR AB, SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL, FRANÇA-JUNIOR I, JANSEN HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. **Social Science and Medicine**. 2008; 66 (4):1008-1018.

MCFARLANE J, CAMPBELL JC, SHARPS P, WATSON K. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. **Am Coll Obstet Gynecol** 2002; 100(1): 27-36.

MENDES, CHF. **Vozes do silêncio: estudo etnográfico sobre violência conjugal e fertilidade feminina**. Tese (Doutorado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2005.

MINAYO MC de S, SOUZA E R de. É possível prevenir a violência? – reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**. 1999, 4 (1): 7-23.

NOLASCO S. **A desconstrução do masculino**. Rio de Janeiro : Rocco; 1995.

OLIVEIRA EM de, VIANNA LAC. Violência conjugal na gravidez. **Rev. Estud. Fem.** 1993, 1 (1): 162-165.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Promovendo a Maternidade Segura através dos Direitos Humanos.** OMS/RHR/01.5. Documento Ocasional. 2001.

RAMSAY J, RIVAS C, FEDER G. **Interventions to reduce violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience partner violence: a systematic review of controlled evaluations.** Final Report. Center for Health Sciences, Queen Mary's School of Medicine and Dentistry. Barts and the London. London, 2005.

REICHENHEIM, ME, MORAES CL, SZKLO A, HASSELMANN MH, SOUZA ERD, LOZANA JDA, FIGUEIREDO V. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. **Cad. Saúde Pública.** 2006, 22:425-437.

SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL, COUTO MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev. Saúde Pública.** 2006, 40 ( N ESP): 112-20.

SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL, FALCÃO MTC, FIGUEIREDO WS. **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos.** São Paulo: Editora UNESP, (Saúde e Cidadania); 2005.

SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL (orgs.). **Violência Contra a Mulher e Saúde no Brasil- Estudo Multipaíses da OMS sobre saúde da mulher e violência doméstica.**[encarte principais resultados]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL, 1999. Violência contra as mulheres: interfaces com a saúde. **Interface-Comunic , Saúde, Educ.** 1999, 3(5):11-27.

SILVA RF, SÁ-CHAVES I. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. **Interface-Comunic, Saúde, Educ.** 2008, 12 (27):721-34.

SOARES GS. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados; **Cad. Saúde Pública.** 2003, 19(Sup2):S399-406.

SUÁREZ M, BANDEIRA L(orgs). Introdução a violência, gênero e crime no Distrito Federal. In: **Violência, Gênero e Crime no Distrito Federal.** Brasília: Paralelo 15, Editora UnB. p. 13-26.

VELZEBOER M. **Violence against women: the health sector responds.** Washington, D. C.: PAHO; 2003.

## **4.2 – ARTIGO 2:**

**VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS: EVIDÊNCIAS NA  
FORMAÇÃO EM SAÚDE<sup>4</sup> (Em revisão)**

**AUTORIA: DANTAS-BERGER, SM**

---

<sup>4</sup> Artigo avaliado pela Revista Brasileira de Educação Médica, em processo de revisão conforme sugerido no parecer dos avaliadores.

## **Artigo 2: Violência entre parceiros íntimos : evidências na formação em saúde**

*Dantas- Berger SM*

### **RESUMO**

A partir de revisão sobre tendências no âmbito dos sistemas de saúde de países desenvolvidos para incorporação da atenção à violência entre parceiros íntimos (VPI), o estudo objetivou conhecer como o tema tem sido abordado na formação inicial e profissional em saúde para identificar barreiras nos processos de ‘capacitação’ e demarcar aspectos conceituais e metodológicos da educação na saúde frente à VPI. Evidências apontam que na formação inicial, uma das barreiras refere-se ao isolamento das atividades de inserção da VPI do restante do currículo médico, restritas a curtas conferências. Entre programas de treinamento para equipes de saúde, identificam-se modelos que se limitam à descrição de resultados de pré e pós-testes de conhecimentos. Em geral, o despreparo profissional reflete uma formação baseada no modelo biomédico. Conclui-se que só ‘treinar’ o profissional não é suficiente. Os protocolos de rastreamento e acolhimento da VPI precisam incluir estratégias que potencializem o ‘saber’ e o ‘sentir’ dos profissionais envolvidos e promovam processo de educação permanente.

## **INTRODUÇÃO:**

A Organização Mundial de Saúde reconhece a violência como um problema de saúde pública. A violência dirigida contra mulheres, adolescentes e meninas na família, contra mulheres nas relações de intimidade com parceiros atuais e passados estariam, a priori, enquadradas como tipos de violência interpessoal, sendo ainda classificadas segundo a natureza do ato – físico, psicológico ou sexual - e do vínculo ou relação estabelecida entre perpetrador e vítima da violência <sup>1</sup>.

Desta forma, uma das tendências da literatura internacional no campo da saúde e da violência doméstica tem sido o desenvolvimento de pesquisas e a implantação de programas que promovam a identificação dos casos, principalmente entre a população de crianças e mulheres atendidas nos diversos níveis de atenção, para que intervenções específicas e/ou prevenção de novos incidentes seja viabilizada. Os profissionais e serviços de saúde são, assim, considerados estratégicos no enfrentamento da violência entre parceiros íntimos (VPI), uma das formas mais comuns de violência vivenciada pelas mulheres <sup>2</sup>.

De modo geral, pelo menos três amplas linhas de revisão de literatura se destacam ao se buscar responder às questões específicas referentes à prevenção e acolhimento da violência entre parceiros íntimos nos serviços de saúde:

- a) Os estudos de prevalência e incidência que comprovam o quão comum é a violência entre parceiros íntimos, de que forma ela se apresenta ou revela nos atendimentos e, sua repercussão na saúde das mulheres e famílias envolvidas;
- b) Os protocolos clínicos desenvolvidos e programas propostos para rastrear/identificar (screening), tratar e encaminhar os casos, que

podem incluir os modelos de capacitação dos profissionais de saúde considerados apropriados à abordagem do tema;

- c) E, mais recentemente, a avaliação dos programas implantados, inclusive aqueles de ‘treinamento’, com vistas à demarcação de evidências científicas que auxiliem na tomada de decisão a partir de informações quanto aos benefícios, riscos e custos dos mesmos<sup>3</sup>.

A proposta deste artigo é partir de um breve olhar sobre tendências e recomendações na abordagem da violência contra mulheres no âmbito dos sistemas de saúde de países desenvolvidos, para, em seguida, focalizar e discutir evidências em torno de uma questão central: de que forma, em termos de metodologias e estratégias, o tema tem sido abordado na formação inicial e profissional dos representantes das equipes de saúde, especialmente médicos e enfermeiros?

Espera-se que os limites e avanços evidenciados na experiência internacional em suas interfaces entre educação, saúde, gênero e violência lancem luz sobre a situação brasileira e colabore para o engajamento informado e crítico do setor saúde no enfrentamento do que se considera como uma ‘epidemia silenciosa’ em nosso país, a violência contra mulheres no âmbito de suas relações de intimidade.

## **I. OBJETIVOS E ASPECTOS METODOLÓGICOS DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

- **Objetivo geral:** Ampliar o conhecimento sobre processos de formação em saúde e estratégias de prevenção e controle nos serviços frente ao problema da violência entre parceiros íntimos (VPI), a partir dos anos 90 (mapeamento de tendências e evidências).

### **- Objetivos específicos:**

A partir de uma conceituação sociológica das relações de gênero e do tema da VPI:

- 1) Conhecer como o tema da VPI tem sido abordado na formação inicial e profissional dos representantes das equipes de saúde, especialmente médicos e enfermeiros;
- 2) Identificar as principais barreiras abarcadas nos processos de ‘formação’ e ‘responsabilização’ destes profissionais frente à complexidade da VPI;
- 3) Colaborar para o delineamento de aspectos conceituais e metodológicos pertinentes à educação na saúde frente a VPI.

### **- Definição de violência entre parceiros íntimos (VPI) utilizada como referência na**

**revisão:** VPI inclui a ameaça ou uso de força contra um parceiro íntimo atual ou passado (no caso de nosso estudo, contra a parceira ou ex-parceira), que tanto pode resultar ou ter o potencial de resultar em morte, dano ou prejuízo da mesma. Inclui a violência física e sexual, ambas frequentemente acompanhadas por abuso emocional ou psicológico, que também pode acontecer sem a violência física ou sexual (adaptado de Osattin & Short, 1998<sup>4</sup>)

### **- Estratégias de busca eletrônica e seleção de textos:**

Trata-se de uma revisão de literatura baseada inicialmente em duas estratégias de busca eletrônica: via Scopus, tendo como descritores e qualificadores: ‘violence against women and health’ (and) ‘prevention and control’; e, via Portal de Evidências(BVS), tendo como descritores ‘intimate partner violence’ (and) ‘systematic reviews’ (tipo de estudo). Foram selecionados 72 abstracts, sendo 20 textos incluídos na análise, entre artigos, revisões sistemáticas, conferências, manuais e guidelines. A revisão foi norteada pela seguinte questão: *Existe alguma metodologia mais recomendada para ‘formar’*



*profissionais de saúde e/ou qualificar o trabalho das equipes multidisciplinares para a detecção e acolhimento da VPI?*

Vale registrar que também foram consultados artigos referenciados nos resultados das buscas compatíveis com os objetivos da revisão, além de material de referência da pesquisadora. A maior parte dos trabalhos excluídos voltava-se para crianças e /ou adolescentes ou, centravam-se em experiências baseadas fora do setor saúde.

## **II. PANORAMA DE EVIDÊNCIAS SOBRE A INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO À VIOLÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Em busca de um breve olhar retrospectivo sobre tendências e recomendações na abordagem da violência contra mulheres nos sistemas de saúde de países desenvolvidos, duas grandes revisões sistemáticas serão tomadas como referência: o estudo de **Wathen & MacMillan (2003)**<sup>5</sup>, aqui identificado como ‘Estudo de Revisão 1’; e o estudo de **Ramsay, Rivas & Feder (2005)**<sup>6</sup>, nomeado como ‘Estudo de Revisão 2’.

### **a) Estudo de Revisão 1: Wathen & MacMillan (2003)**

Trata-se de revisão sistemática, da perspectiva da atenção primária em saúde, para reunir evidências sobre intervenções para prevenir a violência e a revitimização. Focaliza sua avaliação sobre a efetividade do tratamento ou intervenção para mulheres identificadas como em risco para a VPI, tendo como referencial de ‘cuidado’ pós identificação: o encaminhamento para local seguro, o aconselhamento e a referência para outros recursos da comunidade. No resumo das evidências temos que:

- instrumentais de rastreamento de VPI estão disponíveis para identificar mulheres que vivem ou viveram violência;
- para as mulheres que passaram pelo menos um dia pelo abrigo e receberam aconselhamento em direitos houve redução da revitimização;

- no serviço de emergência em saúde avaliado, resultados iniciais positivos para a mudança no sistema de atendimento, através do uso do protocolo proposto (identificação-aconselhamento-encaminhamento), não se mantiveram após um ano da intervenção.

#### **b) Estudo de Revisão 2: Ramsay, Rivas & Feder (2005)**

Trata-se de revisão sistemática sobre intervenções para reduzir a violência e promover o bem-estar físico e psicológico das mulheres que sofrem ou sofreram violência do parceiro. Entre as principais evidências e recomendações, destaca-se que:

- perguntar sobre maltrato e violência e prover acolhimento e intervenção colabora para diminuir a exposição à violência;
- rastrear (busca ativa dos casos, inclusive em clínicas de pré-natal) pode aumentar n.º de mulheres sendo identificadas;
- disponibilizar advocacy dentro dos serviços de saúde para mulheres que revelam a violência, especialmente no pré-natal e emergência, é considerada uma ação prioritária, bem como incrementar a articulação entre programas comunitários e serviços locais de saúde;
- oferecer grupos de apoio que trabalhem informações sobre processos de socialização de homens e mulheres e fortalecimento de auto-estima, pode ajudar na redução do abuso e melhoria nos resultados psicológicos e manejo do stress, sendo resultados mais expressivos observados em grupos coordenados por dois facilitadores;
- ações interdisciplinares, como no caso dos aconselhamentos pós-identificação, são experiências exitosas (após identificação nas consultas, a saúde mental atuaria em intervenção breve na crise e o serviço social com as sessões grupais de promoção

dos direitos, por exemplo). Porém, ressalta-se que, para as mulheres que ainda estão no relacionamento violento, a terapia não deve ser mais prioritária do que advocacy. Já entre aquelas que já saíram da relação violenta, o apoio psicológico na prevenção e tratamento da depressão e fortalecimento da auto-estima traz efeitos positivos;

- por fim, no que se refere às recomendações sobre treinamento de equipes ressaltam-se evidências mais positivas para os modelos de “System –centred” que incluem capacitação e reciclagem regular dos profissionais bem como perguntas diretas sobre eventos violentos nas consultas, registro sistemático dos achados e da situação de segurança da paciente, apoiando-se em sistema de referências e material educativo. A articulação com centros de educação e graduação e a participação de representantes de serviços comunitários nos treinamentos podem colaborar no alcance de melhores resultados.

### **III. Programas de Educação e Treinamento para Profissionais de Saúde sobre Violência Doméstica, com Foco na Violência entre Parceiros Íntimos, a partir de 1995.**

Ainda que a questão da educação profissional no campo da saúde tenha possibilidades diversas de análise, desde a abordagem das grades curriculares na graduação e pós-graduação até a educação continuada na prática profissional, optou-se pela circulação entre tais campos, de modo a resgatar em cada um deles as experiências mais significativas e/ou inovadoras para incorporação do tema da violência.

Buscou-se agrupar tais estudos e escolhemos começar por aqueles sobre a educação médica que, indiretamente, lançam luz sobre enfrentamentos futuros que se colocarão em sua atuação profissional. Como a busca em base de dados específica sobre este tema não foi priorizada na revisão, na verdade, traçou-se um panorama dos principais artigos,

o que, nem de longe, abarca o volume de produção científica que se observou haver nesta área, especialmente nas academias médicas americanas.

a) **Algumas experiências na educação profissional na medicina e na enfermagem**

Já no estudo de Baker (1995)<sup>7</sup>, que apesar de ser um dos mais antigos é considerado um dos mais consistentes em termos de desenho e resultados, foram encontrados dois elementos que fazem diferença na experiência desenvolvida no St Paul-Ramsey Medical Center( Minnesota- USA) :

a) O treinamento sobre violência interpessoal foi incorporado ao currículo de residência em medicina da família e de mais três escolas médicas, apoiando-se em base comunitária. Assim, contando com a participação de parceiros da rede de serviços com experiência na atenção a mulheres em situação de violência desde os treinamentos, tiveram mais facilidade nos posteriores intercâmbios entre as equipes e encaminhamentos dos casos;

b) No ensino da clínica, os residentes aprenderam a incorporar a avaliação sobre violência durante o próprio exame clínico.

Um dos resultados exitosos deste modelo foi a construção de uma ‘matriz de medicina comunitária’, incorporando o tema da violência aos diferentes níveis de cuidado primário – definição da população, levantamento dos problemas, intervenção, monitoramento e articulação da rede de parcerias e serviços , a qual serviu ainda ao planejamento e identificação de recursos para sua execução.

De fato, a experiência de St Paul se diferencia, se comparada aos estudos posteriores, os quais, em sua maioria, limitaram-se à realização de surveys enviados às escolas médicas para levantamento quantitativo sobre a instrução no assunto. Assim,

Alpert et al (1998)<sup>8</sup> comparam os resultados de sua pesquisa com os de Holtz and Hanes, realizada em 1987 e observam que houve um aumento de 18% no número de escolas médicas americanas que reportaram atenção ao tema da violência doméstica contra adultos, porém avaliam ser tal incremento restrito aos dois anos básicos e, a uma ou duas horas de ensino, concluindo serem tais cursos inadequados, já que o ensino efetivo sobre violência familiar demandaria aquisição de conhecimentos e mudanças de práticas e atitudes impossíveis de serem abordados dentro de um limite qualitativo do tema e quantitativo de tempo.

Rovi e Mouton (1999)<sup>9</sup> além de apontarem para o crescimento do ensino sobre violência doméstica nos programas de residência médica de saúde da família dos Estados Unidos, discutem o lado econômico da questão. Para estes autores, a discriminação com relação às vítimas de violência e aos profissionais que trabalham nesta área, pode se refletir na dificuldade que, por vezes, encontram em obter reembolsos. Como a detecção precoce dos casos de violência pode ser um dos fatores de impacto no custo com atendimentos em saúde, chamam a atenção ainda para o fato de algumas seguradoras, aos poucos, passarem a investir em incentivos para que médicos aprendam mais sobre o tema.

No campo da formação do profissional de enfermagem, a experiência brasileira de Penna, Tavares e Sousa (2004)<sup>10</sup>, que visou à inserção da temática da ‘violência contra a mulher’ no currículo acadêmico, é relevante. As autoras aprofundam, na descrição metodológica da proposta, o arcabouço teórico que respaldou a implantação da mesma, a saber, a pedagogia crítica, dentro de marco político e de saúde pública (Sistema Único de Saúde) e do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (MS - PAISM). Apontam para o despreparo dos profissionais frente ao tema da violência, criticando a formação e prática na área da saúde calcada no modelo biomédico:

[...] onde o objeto de atenção não é o cliente como um todo, e sim, suas partes, de modo que os profissionais não percebem os laços estruturais entre corpo e sociedade.[...]. A formação da enfermeira vem ocorrendo ao longo do tempo, sob o predomínio desse modelo materializado em uma prática pedagógica com forte influência tecnicista, com a herança do Taylorismo impregnada no processo de trabalho em enfermagem. Esta prática pedagógica aparece mesclada a uma tendência academicista, na qual o conceito de saúde que emerge é centrado no biológico ( Penna, Tavares, Sousa, 2004, p. 1 e 4).

Tanto as visitas aos centros de referência para atendimento a mulheres em situação de violência como a proposição de condutas de atendimento baseada em discussão coletiva dos casos, foram atividades tidas como facilitadoras neste modelo de formação brasileiro.

Apesar da riqueza teórico-metodológica da proposta, no que se refere aos dados disponibilizados na publicação, as informações quanto à avaliação dos resultados foram limitadas. As autoras apontam apenas que discentes e docentes avaliaram que a inserção da temática foi “pertinente à formação de uma enfermeira” (p. 6).

Para consolidar e encerrar provisoriamente a análise sobre a integração do tema da violência doméstica na educação médica em consonância com estudos mais recentes, selecionou-se o estudo de revisão de Hamberger( 2007)<sup>11</sup>, do Medical College of Wisconsin, cujo título, por si só, já é instigante: “Preparando a Próxima Geração de Médicos”. O autor revisa a evolução da inserção da violência entre parceiros íntimos nos currículos das escolas médicas e residências, descrevendo e analisando ainda, barreiras e estratégias para sua implantação.

A questão inicial que move tal estudo é a de saber por que tão poucos médicos acabam aderindo aos protocolos de rastreamento em sua prática profissional, se evidências frente à prevalência e morbidade relacionadas ao fenômeno da violência por parceiro íntimo, apontam para a necessidade de se identificar e tratar dos casos? Citando estudos que examinaram tal questionamento, Hamberger aponta para o fato dos profissionais relatarem preparo inadequado para executar tal tarefa. Parte, então, para

revisar de que forma vem evoluindo a inserção da VPI nos currículos médicos americanos e canadenses, para dar conta de tal demanda.

O autor cita um dos primeiros estudos realizados pelo Centers for Disease, Control and Prevention (CDC), datado de 1989, o qual reportava que entre 116 escolas médicas americanas e canadenses, 53% não ofereciam, naquela ocasião, qualquer tipo de atenção ao tema da violência contra adulto. Entre as escolas que relataram possuir algum tipo de inserção, dados indicaram estarem as mesmas restritas a departamentos de psiquiatria e de ciências do comportamento, numa compreensão restrita do fenômeno da violência a questões de doença mental e desvios de comportamento e, não como um problema de saúde pública, como hoje é considerado.

Ao recorrer ao mesmo estudo de Alpert et al(1998)<sup>8</sup> já mencionado, o autor ratifica a questão do incremento do número de escolas que passaram a abordar o tema após nove anos, contando, porém, com tempo restrito de ensino. Na mesma linha de crescimento da inserção, destaca um survey aplicado pela AAMC(Association of American Medical Colleges), de 1999, fazendo restrições ao fato de que as informações, quando levantadas por cursos listados em catálogos, não garantem sua existência de fato, nem a regularidade do curso ou mesmo sua qualidade.

No que se refere às pós-graduações e residências, a revisão parece mais otimista e aponta que, entre residentes dos programas de saúde da família e de ginecologia e obstetrícia, além do número de programas ter crescido, o tempo dedicado ao ensino da temática foi maior. Entretanto, como já fora sinalizado por Rovi e Mouton (1999)<sup>9</sup>, a modalidade ‘conferência’ foi a técnica mais utilizada na prática pedagógica de tais cursos, o que pode ter alcance limitado no que se refere aos conhecimentos, práticas e atitudes necessários à abordagem da VPI. De qualquer modo, Hamberger

conclui que, ainda que este incremento possa ter se dado, o que prevalece é a pouca atuação destes profissionais dentro das equipes envolvidas no rastreamento dos casos,

Seguindo com o autor em sua revisão sobre as dificuldades para implementação da VPI nos currículos, no que se refere às barreiras organizacionais e estruturais, são ressaltadas três necessidades iniciais: de endosso institucional, de fundos para sua implementação e de habilidade ‘política’ para aprovar as mudanças curriculares. A competição entre departamentos e a burocracia são fatores que estão conjugados a tais barreiras. Também a pressão para cumprimento de múltiplas exigências em termos de tempo e atividades pode contribuir para dificultar o envolvimento dos professores em novas propostas.

Já entre as barreiras profissionais levantadas em tal pesquisa, novamente foi encontrada a marginalização daqueles profissionais e professores que se envolvem com a temática da violência, desta vez através do estudo de Cohen, DeVos and Newberger de 1997(apud Hamberger, 2007), o qual destaca as dificuldades dos mesmos alcançarem promoções em suas carreiras.

Com relação ao processo de ensino da VPI, uma das barreiras mais significativa e também observada em outros estudos, diz respeito ao isolamento das atividades ligadas ao tema do restante do currículo médico, sem haver integração aos demais conteúdos, e, sendo resumidas a uma curta conferência.

Neste sentido, a revisão de Hamberger se diferencia e avança no caminho de buscar experiências que abordem a VPI, integrando-a ao restante do programa curricular, e, embora nenhuma delas traga informações que apontem avaliações consistentes sobre seu êxito, vale registrá-las enquanto possibilidades no campo formação médica:



- A **imersão**, que reúne equipes multidisciplinares em dois ou três dias de atividades, mas que tem como desvantagem ser um evento pontual (Jonassen et al, 1999 apud Hamberger, 2007);

- O **modelo longitudinal**: que consiste em treinamento via disciplina específica para cada ano de ensino - Domestic Violence, que cobriria diferentes aspectos do problema, conforme os anos acadêmicos alcançados (básico e profissional), acumulando conhecimentos e aperfeiçoando habilidades. (Brandt,1997 apud Hamberger, 2007);

- O **Currículo Baseado em Problemas**: abordagem em pequenos grupos com um caso típico relatado e para o qual os estudantes devem pesquisar, analisar e desenvolver conceituação e plano de tratamento específico. Autores como Hill (apud Hamberger, 2007) apesar de acharem bastante apropriada tal metodologia, chamam atenção para a necessidade de que o problema da VPI não seja visto de forma isolada, mas sim integrado aos demais aspectos da saúde;

- O **modelo delegado por especialidade**: cada especialidade médica desenvolveria um olhar, abordaria diferentes aspectos do problema - o screening na emergência, o levantamento de recursos comunitários na atenção primária e as complicações na gravidez nos serviços obstétricos, sendo, porém, necessário um olhar global, baseado em conceitos chave do problema, que garantam a interlocução entre os mesmos;

- O **currículo integrado**: parecido com o modelo anterior, porém requer um coordenador geral que facilite a comunicação entre as diferentes áreas e preste assessoria no planejamento e avaliação das atividades (Magrane et al, 2000, apud Hamberger, 2007)

Ao avançar nas propostas em sua revisão, Hamberger aponta ainda alguns princípios norteadores e necessários à integração do tema da VPI no ensino em saúde e

finaliza seu trabalho concordando com outros estudos, de que não há consenso sobre modelos ou métodos mais aplicáveis e que se faz necessário realizar estudos que avaliem de modo fidedigno as evidências científicas e a eficácia das propostas no campo da educação médica em VPI.

### **b) Estudos primários e de revisão sobre programas de treinamento em VPI para profissionais das equipes de saúde**

Identifica-se no conjunto de estudos aqui reunidos, modalidades de treinamento que em sua apresentação restringiram-se a descrição de resultados de pré e pós testes de conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos através de atividades isoladas, ao lado de outras propostas que incluíram algum follow up dos resultados na rotina dos serviços a curto ou médio prazos, a maior parte porém, sem tratamento estatístico apropriado dos dados.

Na revisão de Davidson et al ( 2001)<sup>12</sup>, que reuniu 33 estudos observacionais, analisados segundo tipo de intervenção( programas educacionais para estudantes, para profissionais nos serviços e de ‘system change’ entre outros), observou-se que grande parte dos relatos publicados refere-se a uma atividade pontual de treinamento, que variou entre uma e três horas de duração, havendo consenso quanto à necessidade de estudos mais consistentes em seu rigor metodológico e desenho, tanto para programas propostos como para avaliação da eficácia dos mesmos .

Uma das instituições pioneiras na avaliação dos programas de treinamento para profissionais de saúde sobre o tema da VPI, o CDC, através da Divisão de Prevenção da Violência, publicou em maio de 1998(Short, Johnson e Osattin, 1998<sup>13</sup>) resultados de uma revisão sobre componentes recomendados em tais programas:

- as capacitações deveriam ter início já nas escolas médicas e terem continuidade nos serviços de saúde, o que, como foi constatado nos estudos anteriormente citados, ainda estar longe de acontecer de forma satisfatória;

- os currículos deveriam ser multidisciplinares, provendo informação, desenvolvendo habilidades clínicas e facilitando o acesso dos profissionais aos recursos existentes.

- os programas ou os especialistas em avaliação deveriam trabalhar conjuntamente no processo de educação profissional, para apoiarem os organizadores e instrutores na identificação de necessidades dos provedores, na seleção de material apropriado e, na revisão e atualização permanente sobre as evidências científicas, entre outras atividades.

No que se refere a esta última recomendação, observa-se que se faz mesmo necessária maior aproximação entre atividades de avaliação, pesquisa e treinamento nos serviços de saúde em geral, de modo a se aprofundar a escuta e desenvolver intervenções mais apropriadas tanto às necessidades dos profissionais, como das mulheres e familiares que buscam os serviços de saúde.

Neste caminho, estudos mais recentes passaram a incorporar resultados de pesquisas baseadas em metodologias qualitativas, como o de Feder et al( 2006)<sup>14</sup>, uma meta-análise de estudos qualitativos sobre expectativas das mulheres para com os profissionais nos serviços de saúde e, o de Minsky-Kelly, Hamberger e Deborah, (2005)<sup>15</sup>, baseado na técnica do grupo focal com profissionais, com vistas a identificar barreiras institucionais para o êxito dos programas em andamento. Ratifica-se que tais investigações qualitativas colaboram para o esclarecimento e aprofundamento dos dados apontados em estudos de cunho quantitativo que, em sua maioria, revelam em números o que os profissionais fazem ou deixam de fazer, sem, contudo explicar o porquê.

Assim, ao se perguntarem sobre o que fazer se os profissionais treinados não aderem aos programas baseados em rastreamento de VPI, Minsky-Kelly e seus colaboradores descortinam aparentes resistências que sinalizam, entre outros limites, o da aplicabilidade deste tipo de screening frente a diferentes tipos de pacientes e /ou momentos do atendimento, indicando uma seletividade necessária frente à recomendação de um rastreamento universal para a violência, como por exemplo, nos casos em que os pacientes estejam drogados ou em surto.

Outra questão identificada no mesmo trabalho revela o desconforto dos profissionais por sentirem-se pouco preparados para a possibilidade de se verem diante de um caso positivo para VPI: como lidar com o medo de não saber como agir e/ou ‘reagir’? Sentimentos de frustração ou até atitudes de resistência podem eclodir, por exemplo, caso o mesmo tenha experimentado a violência em sua vida particular e este assunto seja para ele, um tema “sensível”<sup>16</sup>.

Outras barreiras encontradas pelos autores, estas já mais conhecidas por estudiosos do tema <sup>17, 18</sup>, foram quanto a pouca disponibilidade de ‘tempo’ frente a outras prioridades em termos de atendimento e, com relação à necessária retaguarda institucional, como no caso de se garantir ambientes de privacidade para a abordagem do tema com as mulheres.

Seguindo com a mesma revisão, detecta-se outra preocupação dos profissionais, a qual nos sugere a importância de se trabalhar melhor com os mesmos, já nas atividades de treinamento, alguns indicadores de processo e de êxito esperados com as intervenções propostas. Muitos deles acabam não avançando na proposta de rastrear casos por não terem dados que indiquem a eficácia de tal atividade para as pessoas atendidas. Mostrando que se preocupam em ir além da simples detecção, por outro lado,

os profissionais não têm ainda certeza sobre a eficácia das intervenções disponíveis e do próprio rastreamento na vida destas mulheres.

Vale ressaltar que o artigo de Garcia-Moreno (2002)<sup>18</sup> já chamava a atenção para algumas destas barreiras, porém, com foco nas recomendações para o enfrentamento de tais dificuldades. Para a autora, levantar valores, atitudes e experiências dos profissionais com relação aos temas de gênero e violência deveria ser uma das primeiras atividades de qualquer treinamento.

Para ratificar-se tal recomendação, registra-se a experiência da Organização Panamericana de Saúde publicada em 2001, sobre a implantação de programas de enfrentamento da violência intrafamiliar na América Central, que se valeu justo de tal estratégia para buscar ampliar a eficácia dos modelos de capacitação utilizados, sugerindo que: “As capacitações devem partir de uma reflexão das vivências e crenças dos participantes, e não só dos aspectos técnicos da atenção” (Arcas & Ellsberg, 2001:16)<sup>19</sup>.

Outro aspecto importante, ainda do estudo de Garcia Moreno, diz respeito ao melhor entendimento dos profissionais sobre limites próprios às intervenções com mulheres que vivem com parceiros autores de agressão: tanto os médicos não podem tratar, medicar, “consertar” ou mudar isto, como também, por muitas vezes, precisam aprender a não julgar as atitudes daquelas que, apesar de pedirem ajuda, optam por continuar na relação. Na verdade, o que se faz necessário e pode estar ao alcance de cada profissional envolvido, segundo a autora, seria apoiá-la em suas decisões enquanto busca aumentar coeficientes de segurança e propiciar maior acesso das mesmas a recursos paralelos como aconselhamentos jurídicos, orientações profissionais, etc.

Registra-se que, para que tal encaminhamento posterior do caso seja possível, é preciso conhecer e articular a rede de serviços disponíveis interna e externamente ao

serviço de saúde. Justamente, este foi um dos pontos de êxito da estratégia de educação profissional de Minnesota, como já apresentado no início da revisão, com relação ao ensino em medicina da família <sup>7</sup>.

Em termos de avaliação do modelo de treinamento do tipo 'system change', identifica-se um dos estudos de maior rigor metodológico: o de Campbell et al(2001)<sup>20</sup>. Trata-se de um estudo experimental, com resultados avaliados através de baseline e avaliações pós-intervenção entre o 9º e 12º mês e entre o 18º e 24º. Incluiu doze hospitais da Pensilvânia e Califórnia (USA) e buscou avaliar a efetividade deste modelo de treinamento no departamento de emergência, realizando ainda survey anônimo com mulheres atendidas. A intervenção proposta baseou-se em dois dias de treinamento, que incluíram atividades de informação e planejamento (plano de ação conjunto), contando com equipe interdisciplinar e apoio de advogados locais com experiência em VPI. Após a implantação do programa, entrevistas qualitativas foram realizadas com pessoas-chave treinadas para levantar obstáculos e facilidades no processo. Entre os principais resultados e conclusões foi demonstrado que:

- o modelo de 'System change' para treinamento em VPI nos serviços de emergência foi efetivo em melhorar conhecimentos e atitudes do staff sobre as mulheres que vivem tal situação e os procedimentos necessários e protocolos de detecção e tratamento existentes;

- Também em termos de alcançar maior satisfação e informação das mulheres, os modelos de treinamento e acompanhamento obtiveram sucesso.

- Entretanto, os autores reconhecem que a mudança na prática clínica é bem mais difícil de ser alcançada e mantida, sendo muito influenciada pela política institucional vigente. Isto ratifica a importância de que coordenadores, chefes e administradores sejam, na medida do possível, envolvidos e sensibilizados na proposta.

#### **IV. PONTOS CRÍTICOS E RECOMENDAÇÕES:**

Ao se retomar a questão que orientou a revisão proposta, sobre que metodologias seriam apropriadas à formação e qualificação de profissionais e equipes de saúde para acolhimento das mulheres envolvidas em situações de violência por parceiro íntimo, de forma resumida, os resultados concentram-se em torno das seguintes conclusões e recomendações:

**1- Só ‘treinar’ os profissionais de saúde não basta**, pelo menos se esta capacitação for do tipo pontual, baseada em curta conferência, sem incluir vivências, valores e conhecimentos dos profissionais envolvidos. O recomendável seria que o processo educativo:

a) Fosse contínuo e se desse desde a formação inicial, através de conteúdos apropriados em todo decorrer da formação, acumulando conhecimentos e aperfeiçoando habilidades;

b) Se baseasse em algum referencial pedagógico (a maior parte dos estudos nem cita tal conteúdo) e apoiada em metodologia participativa;

c) E, que considerasse, além dos aspectos biopsíquicos, aspectos relacionais e estruturais do tema <sup>21, 22,23</sup> (ou, o que Penna e colaboradores<sup>10</sup> apontaram como “laços estruturais entre corpo e sociedade”(p.1)) ;

**2- As realidades e recursos locais de cada unidade, serviço e equipe de saúde devem ser consideradas e conhecidas**, bem como a rede comunitária necessária aos encaminhamentos que por ventura sejam demandados;

**3- Promover atividades de advocacy dentro e fora do serviço de saúde e interagir com serviços da rede que oferecem atendimento na área dos direitos foram**

atividades que trouxeram retorno positivo, tanto para as mulheres como para os profissionais, seja em termos de aconselhamentos como de treinamentos realizados;

**4- Protocolos de detecção e acolhimento da VPI precisam incluir estratégias que potencializem e incluam o ‘saber’ e o ‘sentir’ dos profissionais e mulheres envolvidos, bem como promover atividades que apoiem emocional e tecnicamente profissionais e equipes, em processo de educação permanente.**

**5- Gestores, chefes e administradores, na medida do possível, deveriam também ser envolvidos e sensibilizados** nas propostas de qualificação do acolhimento nos serviços, uma vez que a prática clínica é sempre muito influenciada pela política institucional vigente.

## **V. - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por que tão poucos profissionais de saúde acabam aderindo a rotinas de acolhimento da VPI em sua prática profissional, como apontado na revisão, mesmo diante das evidências sobre os agravos em saúde dela decorrentes?

De fato, identificar e acolher a VPI é muito diferente de se rastrear qualquer ‘doença’ de caráter puramente biológico/objetivo. Exige habilidade em lidar com contradições e incertezas, encontro intersubjetivo com dores não nomeadas, pois “o que cada mulher em situação de violência traz aos serviços de saúde não é a violência como um problema: em geral traz apenas seus efeitos” (Schraiber et al., 2005:94)<sup>16</sup>.

A violência entre parceiros íntimos (VPI) faz parte do que, infelizmente, se reconhece, inclusive na realidade da educação inicial e profissional brasileira<sup>24</sup>, como mais um “silêncio curricular”<sup>25</sup> daquela formação em saúde que se baseia no modelo



biomédico, onde o conceito de saúde que emerge está centrado no biológico e o ‘treinamento’ dos profissionais consiste na busca das patologias bem definidas, deixando de fora o cuidar da ‘pessoa’, o que dificulta uma atenção integral em saúde <sup>16</sup>.

Finalmente, cabe ainda uma consideração sobre os visíveis limites de um paradigma de produção do conhecimento hegemônico, que se fundamenta, principalmente, na racionalidade técnica e nos modelos uniformizadores, de matriz reprodutora<sup>26</sup>, base de muitos modelos de formação em saúde levantados na revisão: se os protocolos e rotinas de acolhimento da VPI chegam prontos aos serviços, como parece ter acontecido na maior parte das propostas pedagógicas discutidas neste estudo, somente para serem ‘aplicados’, sem incluir qualquer conhecimento ou reflexão crítica dos profissionais, ‘projetos de vida’ das mulheres rastreadas <sup>27</sup> e realidades dos serviços, talvez, a não adesão seja, de fato, mais um alerta sobre a necessidade de se repensar processos de educação e gestão do trabalho na saúde...

## VI- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (ARTIGO 2)

- 1 - KRUG EG, DAHLBERG LL, MERCY JA, ZWI AB, LOZANO R, editors. **World Report on violence and health**. Geneva: World Health Organization; 2002.
- 2- HEISE L, ELLSBERG M, GOTTEMOELLER M. Ending violence against women. **Popul Rep.**1999, 27:1-43.
- 3- MARTINS, MFM. **Pesquisa bibliográfica na Medicina Baseada em Evidências**. Rio de Janeiro; 2008. [Apostila do curso de verão sobre Pesquisa bibliográfica – Pós-graduação - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca].
- 4- OSATTIN A, SHORT LM. **Intimate partner violence and sexual assault: a guide to training materials and programs for health care providers**. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 1998.
- 5- WATHEN CN, MACMILLAN HL. Interventions for violence against women: scientific review. **JAMA** 2003, 289: 589–600.
- 6- RAMSAY J, RIVAS C, FEDER G. Interventions to reduce violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience partner violence: a systematic review of controlled evaluations. Final Report. Center for Health Sciences, Queen Mary's School of Medicine and Dentistry. Barts and the London. London, 2005.
- 7- BAKER NJ. Strategic footholds for medical education about domestic violence. **Academic Medicine**. 1995,70 (11): 982-985.
- 8 - ALPERT EJ, TONKIN AE, SEEHERMAN AM, HOWARD, A. Family Violence Curricula in U.S. Medical Schools. **American Journal of Preventive Medicine**. 1998,14(4):273-282.
- 9- ROVI S, MOUTON C. Domestic Violence Education in Family Practice Residences. **Family Medicine**. 1999, 31( 6): 398-403.
- 10- PENNA LHG, TAVARES CM DE M, SOUSA ER. The importance of the insert of the thematic " violence against the woman " in the curriculum of nursing. Online Brazilian Journal of Nursing (OBJN – ISSN 1676-4285) v3, n.2, 2004 [Online] Available at: [www.uff.br/nepae/objn302pennaetal.htm](http://www.uff.br/nepae/objn302pennaetal.htm)
- 11- HAMBERGER K. Preparing the next Generation of Physicians: Medical School and Residency-Based Intimate Partner Violence Curriculum and Evaluation. **Trauma, Violence & Abuse**, 2007; 8 (2): 214-225.
- 12- DAVIDSON LL, GRISSO JA, GARCIA-MORENO C, GARCIA J, KING VJ, MARCHANT S. **Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine**. 2001, 10(10): 953-969.

- 13- SHORT LM, JOHNSON D, OSATTIN A. Recommend components of health care provider training programs on intimate partner violence. **American Journal of Preventive Medicine**. 1998, 14(4): 283-288.
- 14- FEDER G, HUTSON M, RAMSAY J, TAKET A. Women Exposed to Intimate Partner Violence: Expectations and Experiences When They Encounter Health Care Professionals: A Meta-analysis of Qualitative Studies. **Arch Intern Med**. 2006, 166 (1) p.22-37.
- 15- MINSKY-KELLY D, HAMBERGER K, DEBORAH A. We've had training, Now what?: Qualitative analysis of barriers to Domestic Violence screening and referral in a health care setting. **Journal of Interpersonal Violence**. 2005, 20 (10); 1288-1309.
- 16- SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL, FALCÃO MTC, FIGUEIREDO WS. **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos**. São Paulo: Editora UNESP, (Saúde e Cidadania); 2005.
- 17- INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION. **Fortaleciendo la repuesta del sector de la salud a la violencia basada en género**. Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo. USA-NY:IPPF/RHO 2004.
- 18- GARCIA-MORENO C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. **Lancet**. 2002, 359(9316):1509-14.
- 19- ARCAS CC, ELLSBERG M. **Sistematización del proyecto de OPS: hacía un modelo integral de atención para la violencia intrafamiliar en Centroamérica - Informe Final**. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2001.
- 20- CAMPBELL JC, COBEN JH, MCLOUGHLIN E, ET AL. An evaluation of a system-change training model to improve emergency department reponse to battered women. **Acad Emerg Med**. 2001, 8: 131-38.
- 21- DANTAS BERGER SM. **Violência sexual contra mulheres: entre a (in)visibilidade e a banalização**. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2003.
- 22 - DANTAS BERGER SM, GIFFIN K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cad Saúde Pública**. 2005, 21(2): 417-425.
- 23- GIFFIN K, DANTAS BERGER SM. **Violência de gênero e sociedade de risco: uma abordagem relacional**. In: TAQUETTE, S. (Org). **Violência contra a mulher adolescente-jovem**. Rio de Janeiro: Eduerj; 2007. p 55-60.
- 24- VICENTE L de M, VIEIRA EM. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de Medicina e médicos residentes. **Rev Bras Educ Méd**. 2009,33(1): 63-71.

25- BOSI MLM, NETO FUS, FILHO AFA, JÚNIOR FFB, PINHEIRO MAA, TINOCO FAH. Aborto Provocado: O Ponto de Vista de Acadêmicos de Medicina de Uma Universidade Pública. **Cad Saúde Pública**. 2000, 8 (2): 41-54.

26- SILVA RF, SÁ-CHAVES I. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**. 2008, 12 (27):721-34.

27- AYRES JRCM. Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**. 2004, 13(3): 16-29.

#### **4.3- ARTIGO 3**

**SERVIÇOS DE SAÚDE E VIOLÊNCIA NA GRAVIDEZ: PERSPECTIVAS E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS E EQUIPES DE SAÚDE EM UM HOSPITAL PÚBLICO NO RIO DE JANEIRO. \***

**AUTORES: DANTAS-BERGER, SM E GIFFIN, K**

**\* Artigo submetido à Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação (aguardando parecer).**

**TÍTULO:** Serviços de Saúde e Violência na Gravidez: Perspectivas e Práticas de Profissionais e Equipes de Saúde em um Hospital Público no Rio de Janeiro.\*

**TITLE :** Health services and violence during pregnancy: Perspectives and practices of health professionals and teams in a public hospital in Rio de Janeiro

**AUTOR PRINCIPAL:** Sônia Maria Dantas Berger

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Fundação Oswaldo Cruz)

e-mail: [sdantasberger@gmail.com](mailto:sdantasberger@gmail.com)

**CO-AUTOR:** Karen Mary Giffin

Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Fundação Oswaldo Cruz)

e-mail: [karengi@ensp.fiocruz.br](mailto:karengi@ensp.fiocruz.br)

\* Artigo inédito baseado em pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP, sob o parecer nº 124/04, financiado pelo Projeto de Consultoria, Treinamento e Desenvolvimento do Programa de Assistência Hospitalar à Gestação de Alto Risco – IFF/PAISMCA/SESDEC/RJ e CNPq (processo 50.5607/2004-2). Faz parte da tese de doutorado da autora principal, com bolsa FIOCRUZ. Não há conflito de interesses.

## **Serviços de Saúde e Violência na Gravidez: Perspectivas e Práticas de Profissionais e Equipes de Saúde em um Hospital Público no Rio de Janeiro**

### **RESUMO**

Este artigo apresenta resultados parciais de entrevistas semi-estruturadas realizadas com 23 profissionais de saúde de uma maternidade pública, no contexto de um projeto de pesquisa-ação implantado para promover a identificação e o acolhimento de mulheres que sofrem violência na gravidez. As percepções sobre as relações de gênero e sobre a violência, nas suas vidas particulares e profissionais, incluíram tanto os possíveis sinais de violência apontados no comportamento de pacientes e familiares nas consultas e contatos, como as barreiras, possibilidades e condições necessárias para abordarem o assunto na rotina hospitalar. Observamos que suas visões foram ampliadas através da entrevista individual e nas discussões coletivas subsequentes, num processo de '**visibilidade construída**' que apontou as raízes sociais complexas da violência, bem como os limites e as responsabilidades profissionais apropriadas à situação vivida pelas pacientes e às condições de trabalho destes profissionais.

**PALAVRAS - CHAVE:** profissionais de saúde, violência doméstica na gravidez, gênero, pesquisa- ação.

**Health services and violence during pregnancy: Perspectives and practices of  
health professionals and teams in a public hospital in Rio de Janeiro**

**ABSTRACT**

This article presents preliminary results of semi-structured interviews with 23 health professionals of a public maternity hospital, in the context of an action/research project which aimed at promoting the identification of women who suffer from violence during pregnancy, and the organization of a routine to support them. The perceptions of gender relations and violence in their personal and professional lives included possible signs of violence which appear in the consultations and contacts with the patients, and the barriers, possibilities, and necessary conditions for including this question in the hospital routine. We observed that their visions were broadened during the interviews and during the subsequent group discussions, in a process of **‘constructed visibility’** which indicated both the complex social sources of violence as well as the professional limits and responsibilities appropriate to the life situation of their patients and the working conditions of these professionals.

**KEY WORDS:** health professionals, domestic violence during pregnancy, gender, action/research.



## APRESENTAÇÃO

Estudos de revisão recentes concluíram que a violência na gestação relaciona-se a um padrão muito grave de violência e pode ser mais freqüente do que agravos habitualmente rastreados durante o pré-natal, como o diabetes e a hipertensão arterial (Macfarlane et al.,2002). Isto ratifica a urgência de se incluir a atenção pré-natal como ação prioritária na abordagem e prevenção da violência doméstica baseada em gênero, em especial a violência entre parceiros íntimos (VPI). (Reichenheim, Patrício, Moraes, 2008; Krug et al., 2002).

Este artigo apresenta resultados parciais de um projeto de pesquisa-ação implantado em maternidade pública estadual de referência para gravidez de risco no Rio de Janeiro, entre os anos de 2005 e 2006<sup>5</sup>. Nesta pesquisa-ação, foram desenvolvidas estratégias de investigação e intervenção participativas com vistas a sensibilizar e ‘formar’ profissionais de saúde para a abordagem da violência doméstica na gravidez, problema social complexo, que envolve questões de saúde pública, de direitos humanos e de justiça social.

As atividades desenvolvidas, incluindo entrevistas em profundidade com profissionais de saúde e gestantes atendidas, observações sobre a rotina do serviço, oficinas e encontros temáticos de cunho reflexivo-participativo com a equipe envolvida, colaboraram para uma 'visibilidade coletiva construída' tanto sobre os sintomas e situações associados à VPI como no que se refere às dificuldades e possibilidades de ação de profissionais e equipes de saúde frente a tal problema. Analisamos, aqui, entrevistas semi-estruturadas iniciais realizadas com 23 profissionais da equipe

---

<sup>5</sup> O projeto ‘Violência Doméstica e Gravidez de Alto Risco: Qualificando o Acolhimento (Projeto VDG), foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, sob o parecer nº 124/04. Entre outros cuidados ético-metodológicos, foram utilizados Termos de Consentimento Livre e Esclarecido com profissionais e gestantes entrevistados, garantido o primeiro acolhimento dos casos de violência detectados e, fornecidas informações sobre serviços de referência, complementadas com a distribuição de mini-guias de serviços.

multidisciplinar atuante nesta unidade, que geraram insumos iniciais para os encontros mensais e para o planejamento participativo de uma proposta de atuação.

As entrevistas levantaram percepções, conhecimentos e práticas dos profissionais no que se refere a gênero, violência doméstica e sexual e gravidez. Duraram em média 1 hora e 10 minutos, foram gravadas, transcritas e codificadas. Apenas um profissional não autorizou sua gravação.

### **- Políticas neoliberais, ‘transição de gênero’ e VPI: seria a violência na gravidez um ‘sintoma’ da ‘sociedade de risco’?**

Para abordagem dos elementos construídos sócio-historicamente que contribuem para a ocorrência da VPI, forma mais prevalente de violência vivenciada pelas mulheres, é necessário um enfoque de gênero:

[...] interativo com classe social, raça/etnia, diferenças de geração, capital cultural, etc. e não como uma condição que determina, por si só, diferenciais de vulnerabilidade [...] o gênero é um sistema entre outros que atuam de forma entrelaçada no plano social, com resultados às vezes contraditórios, diferentes para mulheres ( e homens)em variadas situações.( Giffin, 2002, p.109).

Deste modo, além de se lançar mão da categoria ‘**gênero**’ para entender como se articulam as diferenças nas relações sociais de sexo e a complexidade do fenômeno da VPI, importaria problematizar tais relações e conflitos na interface entre os aspectos relacionais e estruturais, situando-as em um mundo atravessado por processos de “precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional.” (Castel, 1994, p.21).

Tal posição analítica considera que as relações familiares e de gênero (e, também o trabalho dos profissionais de saúde) estão agora situados em uma ‘**sociedade de risco**’ (Beck, 2005), conseqüência da adoção de políticas neoliberais que precarizam as relações de trabalho e diminuem tanto os rendimentos quanto a estabilidade no

trabalho, aumentando a pobreza ao mesmo tempo em que são restringidos os ‘bens de cidadania’ que ofereceriam alguma segurança social (Giffin, 2007).

Neste contexto, Castel (1994), lança mão do conceito de ‘**desfiliação**’ para analisar o atual processo de dissociação do vínculo social ressaltando que:

[...] as populações suscetíveis de destacar intervenções sociais estão não somente ameaçadas pela insuficiência de seus recursos materiais como também fragilizadas pela labilidade de seu tecido relacional; não somente em vias de pauperização, mas também em processo de desfiliação, ou seja, em ruptura de vínculo com o social. (Castel, 1994, p.23).

O mesmo autor demarca quatro zonas no espaço social, de fronteiras ‘porosas’, a saber, zona de ‘integração’, de ‘vulnerabilidade’, de ‘assistência’ e de ‘desfiliação’, delimitadas pela variação nas posições ocupadas pelos sujeitos, entre o ‘emprego estável’ e a ‘ausência de trabalho’ e, entre ‘redes sólidas de sociabilidade’ e o ‘isolamento social’. Ao situar as zonas no contexto da atual sociedade neoliberal, onde a precariedade do trabalho e a fragmentação das relações sociais implicam no empobrecimento dos suportes relacionais e familiares como redes de sociabilidade e suporte afetivo (famílias restritas, sem colaterais, de uma só pessoa, monoparentais, etc.), aponta para um quadro histórico onde “a zona de integração se fratura, a de vulnerabilidade está em expansão e alimenta continuamente a zona de desfiliação”.(Castel, 1994, p.34).

Assim, o desemprego, a informalização e a precarização do trabalho, o empobrecimento e a degradação de serviços públicos se refletem no cotidiano das famílias, inclusive nas relações íntimas entre homens e mulheres. As condições sociais da vida familiar e da reprodução humana são dificultadas, as velhas representações não são sustentadas, as desigualdades de gênero são reformuladas, e homens e mulheres vivem novos conflitos. Desta ótica, a VPI abarca uma questão social complexa,

apontando para relações recíprocas entre as condições de saúde e sociais existentes (Giffin, Dantas-Berger, 2007).

Na medida em que estas novas configurações alterem substancialmente a divisão generificada de trabalho anterior, considera-se que estamos passando por uma **‘transição de gênero’** (Giffin, 2002). Neste processo, ocorre a celebração da ‘nova mulher’ - que trabalha fora, é independente e ‘dona’ de seu corpo – junto com o aprofundamento das desigualdades que ela pode viver pela dupla jornada, pelo trabalho precário ou pelos conflitos conjugais daí decorrentes. Uma ‘crise da masculinidade’, que vem se conformando nos últimos anos com a entrada maciça das mulheres na força de trabalho remunerada e as transformações nas práticas e valores sexuais, coloca em xeque algumas representações e práticas sociais hegemônicas associadas à maternidade, paternidade, sexualidade e divisão social do trabalho. Novos cenários se apresentam para uma análise das relações sociais de sexo, e existem situações nem sempre visibilizadas e consideradas, entre elas a VPI na gravidez.

O lugar ocupado por uma gravidez na vida conjugal e familiar pode ganhar contornos diferenciados, conforme as funções femininas e masculinas sejam reconfiguradas, e as políticas de segurança social e redes de reciprocidade viabilizadas - ou não - dentro deste processo de transição.

As dificuldades crescentes em garantir a sobrevivência familiar através de um ganho digno e estável, base da tradicional identidade masculina de provedor, por exemplo, tem estreita relação com a atitude de aceitação ou rejeição masculina perante uma gravidez (Chumpitaz, 2003) e pode estar relacionada com o início da violência doméstica justamente durante a gravidez (Oliveira, Vianna, 1993). Nestes casos, o que se observa é que, para estes parceiros autores de agressão, uma gravidez e o conseqüente aumento da família com o nascimento do bebê, ao invés de ganhar o

significado de afirmação de sua potência e virilidade, pode representar justamente uma ameaça, pois vem a ratificar sua condição de fracasso ou ‘fragilidade’ frente ao que se espera de um pai-parceiro-provedor aos moldes ‘ideais’. A ausência de políticas públicas que garantam condições materiais concretas a **todas as** mulheres e **todos os** casais para o exercício da maternidade e paternidade segura e responsável, seria outro fator que colaboraria para o agravamento do problema.

Não se pode deixar de mencionar ainda que, associado a este quadro de precariedade material dos casais e famílias, existiriam limites vinculados à permanência de representações sociais de tradição patriarcal, associadas à objetificação da mulher e ao controle da sexualidade feminina, que sustentam a perpetuação da assimetria de poder entre homens e mulheres e a violência contra a mulher. O corpo gravídico pode significar, para alguns homens, o corpo feminino ocupado ou não disponível sexualmente; a suspeita de traição e a negação da paternidade (comuns na vida conjugal de gestantes em situação de violência) seriam outros modos desta resistência masculina se manifestar (Oliveira, Vianna, 1993).

Estas mudanças denotam o desmonte do tradicional papel masculino de provedor para o qual a maioria de homens (e mulheres) foi preparada (Giffin, Cavalcanti, 1999). Na análise de Nolasco (1995) a falta de palavras para exprimir sua nova situação pode levar os homens a reagir com violência, assim como o desemprego, subemprego e ganhos masculinos diminuídos também são possíveis fontes de conflito entre homens e mulheres. Estas dificuldades e insatisfações podem desgastar as relações conjugais e, junto com a recusa feminina ao sexo como ‘dever conjugal’, virar fontes de violência (Dantas-Berger, Giffin, 2005).

**- O trabalho e a cidadania ‘precarizados’: desafios dos profissionais nos processos de trabalho em saúde**

Conforme Reforma do Aparelho do Estado de 1995, a Saúde (assim como a Educação) passou a ser considerada como ‘serviço’, situada, portanto no setor terciário.

A assimilação dos pressupostos neoliberais no campo da saúde se traduziu em:

[...] mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário (cerca de 70% da oferta estão na iniciativa privada); grande precarização dos vínculos de trabalho no setor público; terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos [...] (Rizzotto, 2006, p.177).

Os processos de privatização e precarização atingiram diretamente os serviços de saúde pública brasileiros e os profissionais de saúde em seu processo de trabalho.

Um estudo que investigou a associação entre as condições de trabalho e distúrbios psíquicos menores (DPM) entre médicos da cidade de Salvador demonstrou que:

[...] os médicos foram submetidos às mesmas regras impostas aos demais trabalhadores de qualquer empresa capitalista: instabilidade e precarização do contrato de trabalho, ritmo intenso e jornadas de trabalho prolongadas, redução da remuneração e perda do controle de sua atividade. (Nascimento Sobrinho et al, 2006, p.132).

Neste cenário,

[...] o mercado funciona como princípio organizador do conjunto da vida coletiva, distancia-se dos projetos do ser humano emancipado para o exercício de uma humanidade solidária e a construção de projetos sociais alternativos (Frigotto, Ciavatta, 2003, p.58).

Onde o trabalho é submetido ao ‘mercado’, interroga-se como resgatar e potencializar valores do cuidado nos atendimentos em saúde, e implantar políticas de ‘humanização’ (Passos, Benevides, 2006) neste contexto de exigências ao ‘cidadão produtivo’.

Este seria ao que parece, o enorme desafio dos profissionais de saúde quando são convocados a incorporar a atenção ao tema da violência, fenômeno social crescente e indicador da instalação de uma ‘sociedade de risco’. Observa-se que a degradação do

trabalho e dos bens da cidadania atingiu tanto sua clientela como sua própria situação como profissionais, resultando na precariedade dos vínculos empregatícios, na fragilização dos laços sociais e no aumento no enfrentamento pessoal e profissional de situações de conflito e violência.

Portanto, embora se reconheça a dificuldade de se resolver problemas ‘setoriais’ sem uma “transformação na esfera da política macroeconômica que condiciona as condições de vida e trabalho de todos” (Giffin, Dantas-Berger, 2007, p. 55), apostamos na necessidade de se focar e entender este ‘enredo maior’ que se impõe a todos, como um caminho possível na direção da construção de outras relações e entendimentos entre os profissionais em seu processo de trabalho, especialmente diante da incorporação da atenção à violência. Isto reforça a necessidade de se abrir espaços de reflexão sobre estas vivências, tanto para os profissionais de saúde como para as usuárias, reconhecendo-se que ambos são sujeitos capazes de perceber a natureza social do problema vivido e beneficiar-se com o compartilhar solidário.

## **ALGUNS RESULTADOS**

### **- Breve perfil dos profissionais entrevistados**

Os 23 entrevistados, da maternidade e do pré-natal, incluíram 19 mulheres e 4 homens, sendo 08 obstetras, 03 pediatras, 02 enfermeiras, 04 auxiliares de enfermagem, 01 técnica de enfermagem, 03 assistentes sociais e 02 psicólogas. A idade dos participantes variou entre 31 e 60 anos. No que se referiu ao tempo de trabalho no hospital, o grupo de profissionais da maternidade tinha tempo de serviço entre 2 e 26 anos, e no ambulatório de pré-natal, entre 10 e 28 anos. A maior parte estava casada ou em união consensual no momento da pesquisa e apenas 06 não possuíam filhos.

## - Percepções sobre relações de gênero<sup>6</sup>

Perguntamos como viam as relações entre homens e mulheres atualmente, o que teria mudado ou não, e em caso afirmativo, se para melhor ou pior e por que.

Com relação à situação das mulheres, houve algum consenso sobre as mudanças positivas que percebiam, no sentido de terem mais estudo e oportunidades de trabalho fora de casa, em especial nas classes mais favorecidas. Alguns ressaltaram e valorizaram mais estes ganhos associando-os à conquista da ‘independência feminina’:

“Mudanças sempre ocorrem, não é? Hoje a mulher é mais participativa, às vezes é até o chefe da família, não é mais o homem. Ela tem profissão, conseguiu estudar, conseguiu se manter, não é? Então melhorou bastante [...]” (Ent. 02, F).

Por outro lado, alguns reconheceram que as mesmas, além dos tradicionais afazeres domésticos e cuidados afetivos com os filhos, passaram a ter também mais responsabilidades no orçamento doméstico e a ocupar função de provedora (econômica) do lar. Por vezes, tal situação resultaria em sobrecarga para a mulher, que passaria a chefiar sozinha sua casa e, no caso de algumas famílias, a viverem processos de ‘desestruturação’ resultantes, por exemplo, do ‘individualismo’ pautado pela ‘igualdade’ entre homens e mulheres, que geraria na verdade, mais desigualdades para a mulher:

“Eu acho que sim, a relação homem-mulher ela modificou bastante de uns anos para cá. Eu acho que nós, mulheres, também pagamos muito caro pela nossa emancipação: porque nós temos que ser profissionais, nós temos que ser mães, dona de casa (risos), e mulher não é? Essa é a grande verdade!” (Ent 09, F).

“[...] as pessoas se igualaram e se individualizaram muito... [...] eu acho que acabou muito a estrutura familiar [...] a mulher assume muito mais papéis atualmente do que o homem [...] em geral na nossa estrutura social o homem se vê como mantenedor até o momento que deseja, ele fica com a mulher até o momento que ele quer, quando não quer ele larga a mulher e ela fica com todo o ônus da situação [...] a igualdade não está acontecendo, está existindo na verdade é um peso maior para a mulher [...]”. (Ent 13, M).

---

<sup>6</sup> Entrevistas codificadas (ENT 01, 02, etc.) e identificadas apenas por sexo: F(feminino) e M(masculino)



Um dos participantes trouxe a reflexão sobre as mudanças nas relações de gênero e seus efeitos nas relações entre os profissionais:

“[...] Essa mudança não é só dentro de casa, não é só intrafamiliar não. É na relação na rua, é na relação com o colega, com o profissional, da médica com o médico... Antigamente era o seguinte: o colega plantonista [homem] dizia: Não, pode deixar que eu vou resolver - preservava a colega dele . Hoje em dia não!! Assim como ela tem os direitos ela tem as obrigações iguais! [...] A partir do momento que a gente vai competir de igual para igual no mercado, então eu acho que essa mudança houve, muito maior por esse lado...”(Ent 07, M).

Em termos negativos, observa-se também um maior abandono dos parceiros nos casos das adolescentes e mulheres jovens quando grávidas. Por vezes, tal situação foi associada ao que avaliaram como resultado de uma sexualidade livre e barata e da informalidade dos laços:

“A maioria, muitas não têm nem marido, foi um relacionamento assim, um relacionamento que começou a ter, começou a se envolver com o rapaz - que elas pensam que filho prende o homem, não é? Começou com um relacionamento, desse relacionamento vem o filho. E o rapaz ó, foi embora! E fica mais um para criar. Entendeu? Aí ela tem que trabalhar mesmo, porque o cara saiu fora [...]” (Ent 20, F).

Com relação à situação dos homens, entenderam os investigados que alguns procuram dividir mais um pouco as funções como de criação dos filhos com suas parceiras. Porém, uma condição ressaltada como digna de reflexão foi que, com a maior ocupação e rendimento da mulher no campo profissional, alguns homens teriam se ‘acomodado’, acabando por se responsabilizar menos ou mesmo nem ocuparem suas funções paternas e de colaboração na provisão financeira do lar. Nestes casos, tais parceiros foram nomeados por alguns participantes como ‘encostados’:

“O homem hoje, em relação a tudo isso, eu acho que ele até está deixando de ir muito mais a luta porque ele se encosta muito nesse tipo de mulher, que assume casa para sustentar.” (Ent 12, F).

“[...] acho que a mulher tem ido muito à luta e o homem tem se encostado, acomodado.” (Ent 16, F).

Relataram também que existem determinados parceiros que resistem, não aceitam, ficam mais violentos a partir da ascensão feminina, inclusive quando passam a ganhar menos do que suas companheiras:

“Às vezes, a mulher, quando ela começa a ganhar muito, ela começa até a ser mais vítima da violência do marido - até por insegurança do cara, para colocar ela no lugar dela! Não existe isso?!”(Ent 07, M).

De modo geral, a submissão feminina por dependência financeira e/ou amorosa, permaneceria a mesma naquelas uniões onde a mulher, por medo de perder o parceiro, continuaria a aceitar determinadas situações de opressão, submissão, objetificação e violência:

“eu acho que por um lado a gente fala que os homens estão mudando, que as mulheres mudaram muito, mas por outro lado você ainda convive com um grande número de situações, que para mim, não mudaram absolutamente nada. [...] a maioria das mulheres com as quais a gente lida na maternidade, são mulheres que não tem um emprego formal [...], não tem o seu dinheiro. [...] eu acho a submissão muito grande[...]. A mulher tem um medo absurdo de perder aquele companheiro.[...] Então faz tudo, se submete a qualquer tipo de coisa.” ( Ent 01, F).

### **- Concepção da violência contra a mulher**

Quando questionados sobre o que entendiam por violência contra a mulher e se já atenderam a casos de VPI, a tendência inicial de alguns foi de situar seu relato no campo da violência física e do abuso emocional, naquelas agressões que se revelariam mais explicitamente no corpo ou nas queixas das mulheres, o que se traduzia em relatos de poucos casos de VPI atendidos.

Progressivamente, conforme a entrevista se aprofundava e seus conhecimentos e percepções ganhavam expressão e visibilidade, observou-se uma tendência entre alguns dos entrevistados a apresentar uma concepção mais ampliada do fenômeno da violência contra mulheres, ou seja, a afirmarem que tal violência não estaria circunscrita aos

aspectos físicos e de âmbito conjugal, mas representaria uma soma de fatores estruturais, culturais, institucionais e interpessoais, entre outros.

Deste modo, as modalidades de violência ‘psicológica’ e ‘moral’ contra a mulher passaram a ganhar expressão e foram consideradas tão ruins quanto a violência física, sendo por vezes, até mais comuns na rotina de vida das mesmas: culpabilizações por coisas que não dão certo na rotina da casa; ameaças constantes de retirada da guarda dos filhos; falta de apoio e /ou abandono da mulher pelo parceiro e/ou familiares na gravidez ; restrição da liberdade de ir e vir e cárcere privado, entre outras:

“aqui no ambulatório o que eu percebo da violência, que às vezes acontece é uma gravidez não desejada, principalmente das mais jovens [...] ela acaba ficando sozinha, abandonada pelo parceiro [...] então, isso pra ela acaba se tornando uma violência pessoal, ela acaba rejeitada [...] não é uma agressão física, mas é uma violência moral que depois que ela vai perceber” ( Ent 14, M).

Por outro lado, consideraram que tanto homens como mulheres são autores de violência psicológica e, portanto, as parceiras não seriam somente ‘vítimas’ nas situações de conflito conjugal.

Ainda com relação aos tipos de violência vivenciados especialmente pelas mulheres, coube ainda menção ao sexo conjugal como “obrigação”, inclusive durante o período da gravidez. Ainda que destacado como uma violência por alguns profissionais, reconheceu-se que, muitas vezes, tal prática não é assim nomeada ou identificada pela própria mulher:

“Mas, engraçado é que as coisas mudaram em alguns aspectos, mas ainda tem muitos resquícios – a vítima de violência sexual, principalmente se for do marido, parece que não chega a ter consciência de que aquilo é violência... Ela aprendeu que ela tinha obrigação de servi-lo. [...] Quando a mulher chega e diz para você que ela tem relação, mas não tem prazer, ela cumpre obrigação, isso é violência não é?” (Ent 7, M).

A discriminação e violência contra a mulher resultante de fatores estruturais e institucionais foram identificadas nas diversas possibilidades da falta de apoio e proteção social que cercam sua vida sexual e reprodutiva, inclusive no ciclo gravídico-

puerperal: mulheres que têm filhos e não têm onde deixar para trabalhar; estão grávidas e não têm serviços; não querem engravidar e não têm ou não conseguem negociar métodos; precisam comer melhor e estão sem licença maternidade ou sem recursos; que passam dificuldades e são julgadas nos serviços ou são discriminadas pela baixa adesão nas consultas de pré-natal e/ou aos tratamentos e cuidados recomendados.

“[...] Chegar aqui e subir 4 lances de escada, e todo mundo dizer que esta mulher tem que estar feliz e contente!”( Ent 08, F)

“[...] Para quem tem que pegar água para dar banho na criança, tem que passar roupa, fazer comida, e botar mais 3 na escola! É muito diferente da nossa visão de amamentação! [...] Porque amamentar dá uma fome desgraçada, você fica enlouquecida, faz hipoglicemia toda hora, você imagina ela, que não tem nada para comer, [...] eu acho que isso tudo é violência!”. (Ent 08, F).

É importante ressaltar que nem todos os profissionais, no início, expressaram um entendimento amplo e crítico do que seria a violência contra a mulher. As discussões coletivas dos resultados da pesquisa e da prática profissional, no entanto, efetivaram posteriormente um processo de coletivização e potencialização desta visão.

#### **- Motivos associados aos casos de violência praticada pelo homem contra suas parceiras**

Grande parte dos entrevistados citou o uso de álcool e drogas como fator associado à ocorrência da violência, alguns justificando o comportamento masculino por isso, enquanto outros situaram tal consumo e /ou abuso apenas como fator desencadeante, destacando também os aspectos estruturais:

“Sei lá, eu acho o seguinte, eu acho que tem muito a questão também da bebida. O homem que bebe, que acaba se excedendo e agredindo. Tem também essa questão dessa vida difícil, desse stress, esse desemprego, e, de repente, o homem está vendo que não está sendo suficiente para suprir aquela família. E, também fica nervoso, estressado, seria uma causa também de violência na mulher e até nos filhos também, não é? ” (Ent 03,F).

A violência doméstica vivida na infância pelo parceiro e as questões culturais também foram citadas, como aquelas associadas ao machismo, onde a mulher seria vista como objeto pelo parceiro ou, onde certos participantes identificaram o que chamaram de ‘desejo de dominação’ masculina, expresso muitas vezes no ciúme doentio que alguns homens manifestariam com relação à sua parceira.

A associação entre fatores atribuídos às particularidades da relação social de sexo hegemônica e fatores econômicos como o desemprego masculino, se refletiria em alguns casos, na cobrança que certas mulheres fazem sobre o homem, no sentido de que o mesmo ocupe o tradicional lugar de ‘provedor’, sendo este outro motivo identificado nas entrevistas, para desencadear brigas e agressões entre o casal:

“Você vai para casa, às vezes você não trabalha, depende dele, então você fica naquela necessidade de estar cobrando as coisas do pai, ele fala que não tem. [...] Aí, quer dizer, eu acho que é mais complicado para mãe do que para o homem. O homem vai pra rua, ela fica, sabe? Também não vou dizer que ele não está nem aí. Até está, ele sente, porque ele tem que dar o leite para o filho.” (Ent 20, F).

#### **- A violência na vida dos entrevistados**

Preocupações relativas à violência urbana foram comuns. Os profissionais falaram de seus medos com relação a assaltos, bala perdida, segurança dos filhos. Uma das participantes trouxe um retrato trágico vivido em sua família: dos seus quatro filhos, dois eram falecidos - um por bala perdida e outro por acidente de trânsito, e um estava desaparecido.

Com relação à violência conjugal na vida de parentes próximos foram citadas situações envolvendo pais, sogros, filhos e irmãos dos profissionais. Neste ponto, encontramos outra situação bastante mobilizadora e trágica, relatada sob forte emoção:

“Eu tive um exemplo muito grande na minha família... Minha irmã não estava grávida, mas o que o companheiro dela fez com ela, na frente de uma criança de 4 anos... [voz embargada]

[...] Minha irmã se separou dele porque descobriu que estava envolvido com drogas, e ele fez de tudo para voltar... Ela saiu da casa que era dela. Um dia ele chegou lá no quartinho que ela tinha comprado - só tinha uma porta - de noite...[e, na manhã seguinte

] quando arrombaram a porta, minha irmã estava morta, ele deitado do lado dela!!! [...] Quando eu cheguei lá minha irmã estava morta, usada [estuprada] [...] Ela não queria e ele forçou... Ela tinha as marcas aqui [mostra o pescoço]". ( Ent 04,F).

Na vida conjugal dos entrevistados com parceiros atuais e passados, houve relatos de atritos e agressões vividos tanto por profissionais do sexo feminino como do masculino. As situações de VPI na vida pessoal relacionavam-se à relação sexual forçada no casamento, ameaças e stress psicológico nos momentos de separação de casal e definição de guarda de filhos.

#### **- Como a violência afetaria os serviços de saúde**

Foram identificadas formas como a violência urbana interferiria na rotina do serviço de saúde: no ambulatório, gestantes moradoras em áreas de risco para o tráfico de drogas faltariam às consultas agendadas por temerem complicações na sua saída ou retorno para casa; na internação, a mulher precipitaria sua saída ('alta à revelia'); na emergência, casos de mulheres baleadas ou esfaqueadas, inclusive na barriga:

"[...] tive só uma gestante que, na época, [...] ela não foi violentada assim, mas comentou [justificando sua falta à consulta] que morava num morro e [...] que familiares estariam sendo relacionados ao tráfico, então tinha que sair dali, que fugir para outro lugar, sendo ameaçada." (Ent 02, F).

No que se referiam à atenção que prestavam, alguns seriam mais cautelosos quando suspeitassem ou fossem informados que a mulher tivesse ligação com traficantes. Por outro lado, os profissionais se mostraram preocupados com a possibilidade deles mesmos saírem mais tarde do hospital, localizado em zona insegura, onde é comum serem ouvidos tiroteios noturnos.

#### **- Violência na Gravidez: Como as mulheres expressariam e os profissionais perceberiam seus sinais?**

Ao serem interrogados se as mulheres declaravam a violência nos atendimentos e se eles costumavam 'suspeitar' de casos de violência entre a população atendida, a

maior parte respondeu que a mulher não declara direta e espontaneamente tal violência, quer seja por vergonha, medo de represália dos parceiros ou de serem julgadas por terceiros; por banalizarem as agressões cotidianas vividas em suas relações conjugais ou familiares; por entenderem que suas consultas se restringiriam aos exames e sintomas clínicos; ou por não sentirem espaço ou confiança suficiente para falarem sobre tais problemas no atendimento em saúde, entre outros motivos.

Grande parte dos entrevistados informou que, somente ‘às vezes’, suspeitavam da violência doméstica nos atendimentos e, com maior frequência, dos casos de violência psicológica. Conforme a entrevista foi se desenrolando e as experiências dos profissionais foram revivificadas em suas reflexões e relatos da prática profissional, a possibilidade da violência na rotina dos atendimentos foi se tornando mais visível (ainda que não identificada como tal no início das entrevistas ou nos atendimentos que prestaram).

Neste caminho, algumas condições diferenciadas na interação com a gestante, bem como relatos indiretos de agressões e conflitos não explicitados pelas gestantes, foram sendo demarcados como possíveis sinais de alerta.

Entre as grávidas, a ‘bolsa rota’ precocemente foi destacada através de um questionamento: “por que tantos casos no serviço”? (Ent 06, F). A frequência irregular ao pré-natal ou mesmo o abandono e a ausência do mesmo, a instabilidade da pressão, as queixas difusas, as dores na barriga, seriam alguns outros sinais que poderiam apontar para dificuldades vividas pelas gestantes nas relações de intimidade.

Também as perguntas ou preocupação excessiva sobre a frequência ou mesmo sobre a restrição ao sexo na gravidez, traduzidas por vezes na solicitação ao médico para dar por escrito (como receitas ou prescrições) tais recomendações, poderiam

demonstrar a fragilidade da mulher na negociação do sexo quando não o deseja, indicador importante da qualidade da relação:

“Às vezes uma que vem com o marido, quando está mais assim para o final [da gravidez] , pergunta se pode estar tendo relação ainda. [...] Quando o marido está, você percebe que ela já falou com ele, mas que ele não aceitou, então ela traz até para que eu confirme - que um determinado período ela pode se sentir desconfortável...”( Ent 02,F).

Em outra indagação reflexiva, um participante pergunta – ‘E aquelas que estão sempre sós nos atendimentos?’(Ent 05, F) – passando a refletir sobre a possibilidade da falta de apoio familiar e o abandono pelo parceiro serem fatores relacionados às situações de violência.

Questionaram ainda outra situação- quando as gestantes insistem na realização de ultrassonografia, mesmo sem haver qualquer indicação clínica “evidente” para tal, o que estaria de fato a mulher apontando?

“O marido foi embora, deixou ela grávida... O marido era 'ruinzinho' para ela- puxava cabelo, dava pontapé. Aí ela veio fazer tratamento, pré-natal, ficou com vergonha de conversar com a médica que atendeu. Aí a médica perguntou por que ela queria pedir uma ultrassom? Aí ela falava: - Não... eu só queria saber do neném, e tal, mudava de assunto e não dizia o que era...” (Ent 21, F).

Ainda foram citados, com relação às puérperas, alguns comportamentos estranhos na relação que mantém com o recém-nascido, como a pouca participação na rotina (banho dos bebês, etc.) que poderiam estar associados a dificuldades na aceitação de uma gravidez não desejada. A ausência do pai do bebê nas visitas ou os conflitos familiares que resultariam no típico “stress pós-visita” de algumas poderiam sugerir dificuldades na convivência com os mesmos.

#### **- Barreiras e sugestões para conversar com a gestante sobre a relação com o parceiro e situações de violência**

Indagou-se aos participantes se achavam que poderiam perguntar sobre a relação com o parceiro e situações de agressão e violência. A maioria disse que sim, mas com



algumas condições: desde que tivesse condições de privacidade porque é uma pergunta delicada; se tomasse cuidado para não chocar a paciente (saber fazer a abordagem); se não fosse só pelo interesse estatístico, só para notificação; se estivesse claro para os profissionais ‘porque e para que’ perguntar; se soubesse o que fazer nos casos positivos, ou como dar os devidos encaminhamentos, sendo garantido algum retorno ou seguimento para a mulher.

Entre profissionais que afirmaram ser positivo incluir a abordagem da relação com o parceiro e sobre a história pregressa de violência no atendimento, tanto a qualidade da relação profissional de saúde - usuária como a qualificação da equipe foram apontadas como condições para o êxito de qualquer abordagem, havendo ainda preocupação de alguns quanto ao registro de tal situação em prontuário e, também, quanto ao estabelecimento de rotinas rígidas:

“Acho que depende do vínculo que você tem com o paciente, depende do momento, depende de onde você está atendendo essa paciente, eu não sou a favor de rotinas, daquele protocolo que você tem lá aquela lista de perguntas que tem que ser feitas, isso eu acho complicado [...] acho que a gente tem que ter muito cuidado com a intimidade do paciente, [...] com o que você coloca no prontuário [...] por isso que eu falo que é uma coisa complexa, não é só se deve perguntar ou não deve perguntar, depende; depende de quem vai perguntar, com que objetivo, fazendo parte do quê que vai ter essa pergunta”. (Ent 19, F).

Entre as barreiras citadas para atuar nos casos de violência, três grupos de respostas dominaram. Em primeiro lugar, os limites da formação profissional baseada em modelo biomédico que privilegia a prática clínica com rotinas mecanizadas, com pouca interação médico-paciente:

“[...] É uma coisa que até a gente pode começar a pensar mais. Porque a gente sempre acha que pode ser uma coisa infecciosa- a gente pede urina, a gente examina, a gente vê se tem corrimento ou não [...] e acaba que se esquece de perguntar essas coisas importantes”. (Ent 09, F).

O segundo grupo de respostas demonstrou ser a violência um tema ‘**sensível e sensibilizador**’ como apontado por Schraiber, D’Oliveira e Couto (2009), que mobiliza

vivências pessoais dos profissionais, bem como mitos e preconceitos relacionados ao lugar ocupado por mulheres e homens na sociedade:

“[...] quando vim para cá eu não tinha preparo para isso [...] a vontade que eu tinha era de partir, dar porrada também no agressor. Eu não conseguia ver aquele agressor como alguém que também precisava de atendimento...”( Ent 23,F).

Um último grupo de respostas sinalizou a necessidade de retaguarda institucional em termos de recursos materiais, técnicos e humanos, incluindo o espaço físico para garantir a privacidade nos aconselhamentos e a existência de uma rotina interdisciplinar para seguimento dos casos. Houve ainda referência ao tempo de consulta que precisaria ser maior para incluir a abordagem da temática da violência.

Com relação ao ‘como’ seria o atendimento que envolvesse a abordagem da violência, as sugestões se dividiram entre aquelas que demandariam um protocolo ou rotina institucional, aquelas que viam que tal procedimento deveria fazer parte de qualquer atendimento, outras só quando se suspeitasse da violência. Algumas apontavam diretamente momentos, espaços de atendimento mais propícios e profissionais mais qualificados para tal abordagem (na anamnese obstétrica, na rotina de pré-natal, pelo obstetra na 1ª consulta ou depois que ganhasse a confiança da paciente, ou pela equipe multiprofissional, desde que se definisse o papel de cada um entre detectar, acolher e encaminhar), sendo ainda mencionada a importância do esclarecimento informado das mulheres sobre tal procedimento.

Um dos participantes do ambulatório não concordou com a possibilidade de se incluir o tema da violência nos atendimentos e, outros dois que atuavam na maternidade fizeram as seguintes restrições: que tal procedimento nunca ocorresse no momento de internação para o parto; e que nunca se deveria perguntar diretamente sobre o evento:

“[...] Até perguntar como é sua vida em casa, isso é cabível, Mas, (...) você perguntar: ‘seu marido te agride?’ Acho que é a melhor maneira para cortar toda e qualquer coisa... Você não pode ser direto a esse ponto... [...] nada pior do que você dar uma cutucada dessa nela – ela vai se retrair, aí que ela não vai contar mesmo”. (Ent 07,M)

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

“É, portanto, através da ótica qualitativa que podemos efetivamente captar, compreender e construir estratégias que possam transformar os complexos, sutis e nem sempre explícitos conflitos, dilemas, impasses e contradições que perpassam a assistência à saúde, particularmente no campo reprodutivo. Esta abordagem nos capacita a propor mudanças que efetivamente considerem e incorporem as necessidades e expectativas dos/as pacientes e dos/as profissionais de saúde [...]”. (Simões-Barbosa, 2006, p.20).

O objetivo que fundamentou esta pesquisa-ação foi de encontrar caminhos para o acolhimento das mulheres/gestantes em situação de violência, considerando a realidade apontada pelos profissionais. Conclui-se que não há como se alcançar tal tarefa sem que se promovam reflexões coletivas, no dia a dia dos serviços, sobre o processo de **‘transição de gênero na sociedade de risco’**. Constata-se que tal proposta tem potencialmente a força de dar mais ‘visibilidade’ a fenômenos e processos sociais complexos, fortalecendo os sujeitos do serviço de saúde tanto para o reconhecimento das condições sociais, de direitos humanos e de justiça social envolvidos, como para avançarem na identificação e tratamento dos agravos físicos, psíquicos e sexuais decorrentes da violência entre parceiros íntimos.

As situações associadas à precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional na vida das gestantes e puérperas atendidas na unidade materno-infantil pesquisada foram determinantes no processo de trabalho cotidiano dos profissionais de saúde entrevistados e na percepção do problema da violência na vida das mulheres, assim como na definição dos atendimentos considerados mais complexos.

Embora reconhecessem e citassem os agravos em saúde em termos de riscos materno e fetal apresentados pela maior parte da clientela, não foram os problemas ‘clínicos’ que mais o inquietavam. Estas dificuldades foram mais relacionadas ao sucateamento do serviço público e seus efeitos na oferta de vagas, insumos e recursos humanos, na gestão da rede e apoio externo ao serviço.

Porém, conforme os profissionais de saúde apresentavam suas percepções das dificuldades presentes nas relações íntimas e na vida comunitária das mulheres atendidas, surgiu a questão da formação em saúde baseada do modelo biomédico, que re/produz uma profissionalização mecanicista, focada na doença e não no ‘sujeito’ doente (Tempsk, Borba, 2009; Silva, Sá-Chaves, 2008). Como disse um dos entrevistados, limitar sua consulta ao ‘examinar’ e ‘tratar’ de doenças detectadas seria insuficiente, frente ao reconhecimento de que ‘conversar’ sobre ‘coisas’ como a relação com o parceiro é fundamental no rastreamento da violência - e fundamental, apontamos, para que o princípio da integralidade se transforme em prática social no SUS (Pashe, 2009).

Resgatar e aprofundar a visão e a experiência dos profissionais de saúde via as entrevistas individuais iniciou um processo de formação diferenciado, que partiu dos conhecimentos apresentados pelos mesmos para iluminar um quadro epidemiológico e de sintomatologia associada, aplicado àquela população e serviço. Reconhecidos e fortalecidos em seus saberes práticos, os profissionais avançaram em novos questionamentos que os ajudaram a identificar situações associadas à violência, a desconfiarem da frequência com que lidavam com as mesmas e a assumirem tanto limites pessoais (medos, preconceitos, conhecimentos) como responsabilidades profissionais (para além de notificar o ‘agravo’, saber como e quando perguntar sobre a violência).

No processo de devolução dos resultados da pesquisa, sistematizados pelas pesquisadoras e apresentados em processo grupal, tais saberes e práticas foram coletivizadas, possibilitando a troca de experiências entre os mais antigos e os mais novos, entre serviço e academia, a partir de uma realidade comum partilhada que abriu

um caminho para a construção de um processo participativo de reflexão e educação no cotidiano do serviço de saúde.

Para além de tais reflexões promoverem um acolhimento mais justo à população, também poderiam colaborar na construção ou resgate de uma ‘sociabilidade solidária’ (Luz, 2008) entre os próprios profissionais, e uma resistência à cultura capitalista e seus valores neoliberais, inclusive no trabalho em saúde.

**COLABORADORES:** Sônia Dantas Berger participou da elaboração, coordenação e implementação de todas as etapas do Projeto VDG, elaborou a 1ª versão do manuscrito e participou de todas as etapas posteriores. Karen Giffin coordenou o projeto VDG e participou da revisão e da elaboração da versão final do artigo.

**AGRADECIMENTOS:** As autoras agradecem especialmente aos profissionais da unidade de saúde pela participação na pesquisa-ação, a pesquisadora Janaína Marques de Aguiar pelo apoio na coleta de dados e implementação do projeto e, a Dr<sup>a</sup> Tizuko Shiraiwa pela assessoria técnica no processo de seleção da unidade de saúde e no acompanhamento global do projeto.

### **- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ( ARTIGO 3)**

BECK U. **Risk Society: Towards a New Modernity**. London: Thousand Oaks; New Delhi: Sage ; 2005.

CASTEL R. Da indigência à exclusão, à desfiliação. Precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI A (org.). **Saúde Loucura, n. 4** (Grupos e Coletivos). São Paulo: Hucitec; 1994. p. 21-48.

CHUMPITAZ V. **Percepções femininas sobre a participação do parceiro nas decisões reprodutivas e no aborto induzido**. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2003.

DANTAS-BERGER SM, GIFFIN K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cad Saúde Pública**. 2005, 21(2): 417-425.

FRIGOTTO G, CIAVATTA M. Educar o trabalhador cidadão produtivo ou o ser humano emancipado? **Trabalho, Educação e Saúde**. 2003, 1 (1): 45-60.

GIFFIN K. Financeirização do Estado, erosão da democracia e empobrecimento da cidadania: tendências globais? **Ciênc. saúde coletiva**. 2007, 12 (6): 1491-1504.

\_\_\_\_\_. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**. 2002; 18 (Supl 1): S103-S112.

GIFFIN K, DANTAS BERGER SM. Violência de gênero e sociedade de risco: uma abordagem relacional. In: TAQUETTE, S. (Org). **Violência contra a mulher adolescente-jovem**. Rio de Janeiro: Eduerj; 2007. p 55-60.

GIFFIN K, CAVALCANTI C. Homens e reprodução. **Rev. Estud. Fem.** 1999, 7 (1,2): 53-71.

KRUG EG, DAHLBERG LL, MERCY JA, ZWI AB, LOZANO R, editors. **World Report on violence and health**. Geneva: World Health Organization; 2002.

LUZ, M. **Conferência de Abertura**. In: BoletIN Integralidade em Saúde, set-2008. Disponível: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1031&sid=20>. Acesso em 13 abr 2010.

MCFARLANE J, CAMPBELL JC, SHARPS P, WATSON K. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. **Am Coll Obstet Gynecol** 2002; 100(1): 27-36.

NASCIMENTO SOBRINHO, Carlito L et al . Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2006, 22(1):131-140 .

NOLASCO S. **A desconstrução do masculino**. Rio de Janeiro : Rocco; 1995.

OLIVEIRA EM de, VIANNA LAC. Violência conjugal na gravidez. **Rev. Estud. Fem.** 1993, 1 (1): 162-165.

PASCHE D. **A importância de inovar na gestão em saúde e cuidado**. In: BoletIN – Integralidade em Saúde, out-2009. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1163&sid=20>. Acesso em 13 abr 2010.

PASSOS EH, BENEVIDES RD. Humanização. In: PEREIRA E LIMA (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional**. RJ: EPSJV/FIOCRUZ, 2006. p. 153-8.

REICHENHEIM ME, PATRICIO TF, MORAES CL. Detection intimate partner violence during pregnancy: awareness-raising indicators for use by primary healthcare professionals. **Public Health**. 2008, 122 (7): 716-724.

RIZZOTTO MLF. Neoliberalismo em Saúde. In: PEREIRA E LIMA (Orgs.) **Dicionário da Educação Profissional**. RJ:EPSJV/FIOCRUZ, 2006. p. 173-7.

SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL, COUTO MT. Violência e Saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da Violência Contra a Mulher. **Cad Saúde Pública**. 2009, 25 Sup 2: S205-S216.

SILVA RF, SÁ-CHAVES I. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**. 2008, 12 (27):721-34.

SIMÕES BARBOSA RH. Avaliação Qualitativa de um Programa de Assistência à Saúde de Gestantes HIV+: a dialética da reprodução e da resistência de profissionais de saúde às ideologias médica e de gênero. In: BOSI MLM. e MERCADO FJ, (orgs). **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006; p. 313-346.

TEMPSK P, BORBA M. O SUS como escola. **Rev Bras Educ Médica**. 2009, 33 (3): 319-320.

#### **4.4- ARTIGO 4**

#### **ARTIGO 4**

**TÍTULO: GÊNERO, VIOLÊNCIA, GRAVIDEZ E SAÚDE: A ‘VISIBILIDADE CONSTRUÍDA’ E A ‘ANGÚSTIA COMPARTILHADA’ NOS PROCESSOS DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE”**

**AUTORIA: SÔNIA DANTAS-BERGER**



***“Gênero, Violência, Gravidez e Saúde: a ‘visibilidade construída’ e a ‘angústia compartilhada’ nos processos de gestão do trabalho e educação em saúde”***

**Dantas-Berger SM**

**RESUMO:**

O artigo se propõe, sob as perspectivas sociológica de gênero e da psicodinâmica do trabalho, a analisar o uso da pesquisa-ação nos processos individuais e coletivos de reflexão, produção de conhecimento e intervenção sobre o problema da VPI na gestação em unidade materno-infantil de um hospital público e, as possibilidades e limites associados ao processo de organização e institucionalização de uma rotina interdisciplinar para identificação e acolhimento às gestantes e puérperas em situação de violência.

**I) INTRODUÇÃO**

A violência entre parceiros íntimos (VPI), no âmbito doméstico, pode ser um problema mais comum entre mulheres grávidas do que vários agravos rastreados rotineiramente durante o pré-natal (Jasinski, 2004; Maternal and Child Health Journal, 2000).

No Brasil, pesquisas apontam sua alta prevalência entre usuárias dos serviços públicos de saúde (Durand e Schraiber, 2007; Moraes, 2004). Dados do Ministério da Saúde sobre a mortalidade materna começam a elucidar as possibilidades de ser a gravidez em si um fator de risco para a violência doméstica (Brasil, MS, 2006). Ratificamos sua relevância no contexto brasileiro - onde a violência doméstica é vista como um surto silencioso.

Na atenção prestada nos serviços de saúde, a violência vivida nas relações de intimidade tende a ser ‘invisível’, tanto pela dificuldade das mulheres falarem como dos profissionais perguntarem (Schraiber et al, 2005). Uma investigação realizada em países latino-americanos sobre a seqüência de ações e decisões tomadas por mulheres em

situação de violência e as respostas encontradas em termos de ajuda ('rotas críticas') indicou que os serviços de saúde foram os mais procurados entre as mulheres entrevistadas, embora como "lugar para cuidar de suas lesões e doenças, mas não como o espaço confiável para revelar suas experiências de violência" (Sagot, 2007, p.36)

Assim, embora as evidências científicas sejam contundentes em recomendar que a atenção à violência seja incorporada às rotinas de saúde (Ramsay, Rivas, and Feder, 2005; Heise, Ellsberg, Gottemoeller, 1999), tais recomendações ainda ganham pouca expressão na realidade dos serviços públicos de saúde em nosso país. Estes, de modo geral, não contam com protocolos para rastrear e acolher a 'VPI', independentemente da situação referente à notificação compulsória de tais agravos. Por outro lado, apesar dos profissionais de saúde estarem em posição privilegiada para identificação e acolhimento dos casos, nem sempre foram capacitados e reconhecidos em suas potencialidades para a abordagem deste problema, que não pode ser abordado como questão biológica ou individual (Vicente, Vieira, 2009; Davidson et al, 2001; Angulo-Tuesta, 1997).

As reflexões aqui levantadas originam-se da experiência do projeto "Violência Doméstica e Gravidez de Alto Risco: Qualificando o Acolhimento" (Projeto VDG), realizado sob o marco da pesquisa-ação, dentro de um serviço de saúde pública do SUS. Este projeto buscou e produzir potencializar 'conhecimentos' com vistas a sensibilizar e 'formar' profissionais de saúde para a abordagem qualificada da violência doméstica na gravidez, nos atendimentos prestados (Giffin, Dantas-Berger 2007a).

O Projeto VDG foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, sob o parecer nº 124/04. Após ser apresentado à Direção e encaminhado ao Centro de Estudos do Hospital, foi obtida a autorização oficial para sua realização. Além dos 'Termos de Consentimento Livre e Esclarecido' para profissionais e gestantes, foram garantidos primeiro acolhimento e

encaminhamentos aos casos detectados e, para todos, informações sobre a rede de referência (mini-guias).

No âmbito deste artigo, priorizamos analisar o uso de entrevistas semi-estruturadas e da valorização de espaços de discussão coletiva nos processos individuais e coletivos de reflexão e ação sobre o problema da VPI na gestação, e na organização de uma rotina de acolhimento qualificado pelos profissionais.

## II) ASPECTOS TEÓRICO- METODOLÓGICOS DO PROJETO VDG

O desenho metodológico do projeto fundamentou-se nas especificidades inerentes à pesquisa social, ao tratamento do tema da violência contra mulheres como fenômeno social complexo e na opção pela pesquisa-ação no processo de “capacitação participativa”, definida como:

Um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (Thiollent, 1986, p.14).

Considerando a necessidade de valorização do saber e da experiência dos atores envolvidos, investimos em torná-las mais potentes através de processos coletivos, fomentando a construção compartilhada de uma proposta de trabalho diferenciado.

Dentro de uma conceituação sociológica das relações de gênero e do tema da VPI, apostamos na abordagem analítica relacional-estrutural, que considera que as relações familiares e de gênero (e, também o trabalho dos profissionais de saúde) estão situados em uma ‘**sociedade de risco**’ (Beck, 2005), que resulta de políticas neoliberais que precarizam as relações de trabalho e diminuem tanto os rendimentos quanto a estabilidade no trabalho (Giffin, 2007).

Considerando ainda a centralidade do ‘**trabalho**’ e do ‘**processo de trabalho em saúde**’ nos campos da gestão e educação na saúde e da saúde do trabalhador (Brito,

2004), buscamos aqui analisar processos intersubjetivos mobilizados pelas situações vivenciadas pelos profissionais de saúde. A referência principal para esta discussão ancora-se nas contribuições da **Psicodinâmica do Trabalho** (Dejours, 2007; 1999), que nos permite analisar como funcionam defesas daqueles que trabalham, em sua interface com a dinâmica prazer-sofrimento no trabalho e o processo de **‘banalização do mal’** (no caso, da violência). Entendendo o que se passa no trabalho, caminhamos para o entendimento do que se passa na sociedade (e vice-versa):

A psicodinâmica do trabalho não trabalha no campo da patologia do trabalho, da doença. Seu problema é o da saúde e da normalidade, é analisar como funcionam as defesas graças às quais os homens e mulheres podem lutar contra os efeitos patogênicos do trabalho (Dejours, 1999: 8).

Dejours lança mão das noções de **‘trabalho prescrito’** (conjunto de condições a partir das quais o trabalho deve ser realizado, a ‘tarefa’) e **‘trabalho real’** (o que o trabalhador põe em jogo para realizar a tarefa, a atividade), embora se considere sempre haver algum hiato entre os mesmos, pela própria imprevisibilidade das situações de trabalho.

Observando a situação atual dos trabalhadores, com as modificações na organização e no sentido do trabalho, Dejours lança mão em sua análise, das noções de **‘sofrimento’** (entre o bem-estar psíquico e a doença mental) e **‘estratégias coletivas de defesa’**, demonstrando como tais defesas são desenvolvidas contra o sofrimento e marcadas, especificamente, pelas exigências reais do trabalho. Chama a atenção para o fato de o real do trabalho, na conjuntura social de neoliberalismo, ser atravessado por situações ligadas a processos de precarização, marcado pela falta de lugar para todos, o que gera competição e não cooperação, individualismo e não solidariedade, exigindo dos trabalhadores “[...] desempenhos sempre superiores em termos de produtividade, disponibilidade, de disciplina e abnegação” (Dejours, 2007, p. 13)

Na maior parte das vezes o sofrimento diante de tal contexto agrava-se, na opinião deste autor, diante da “degradação das condições de discussão e de intercompreensão” (Dejours, 1999, p. 171) na organização do processo de trabalho. Com isso, os trabalhadores não só sofrem decepções, mas, principalmente, se defendem delas.

As estratégias de defesa podem atenuar o sofrimento e possibilitar que se continue trabalhando, mas se funcionam muito bem, podem, por sua vez, favorecer a algo que faz parte da engrenagem do sistema neoliberal, “a tolerância social para com o mal e a injustiça” (Dejours, 2007, p. 21-22).

Neste campo teórico, pelo menos quatro efeitos da precarização na vida dos que trabalham no contexto de uma ‘sociedade de risco’ devem ser considerados na análise do processo de trabalho em saúde e das estratégias de defesa coletiva mobilizadas: “a intensificação do trabalho” e o “aumento do sofrimento subjetivo”; a “neutralização da mobilização coletiva”; a “estratégia defensiva do silêncio, da cegueira e da surdez”; e, a partir do risco de demissão, o “individualismo”. (Dejours, 2007, p. 51).

### **III) A EXPERIÊNCIA E SEUS RESULTADOS PARCIAIS**

#### **a) Entrevistas semi-estruturadas enquanto estratégia de reflexão e ‘acolhimento’**

Durante os quatro meses iniciais concentramos a pesquisa nas entrevistas semi-estruturadas com profissionais, alcançando 23 profissionais. Registra-se, porém, que durante o curso do projeto, realizamos outras 11 entrevistas, no sentido de incluir outros profissionais no processo e manter espaço para novas alianças e acolhimento individual dos mesmos.

A descrição dos resultados destas entrevistas foi objeto de outro trabalho. Retomamos apenas algumas tendências e conclusões, de modo a contribuir para melhor compreensão do processo de ‘formação’ desencadeado. Em geral constatamos que:

- A tendência inicial de alguns foi de situar seu relato no campo das agressões físicas e emocionais que se revelariam explicitamente no corpo ou nas queixas das mulheres, o que se traduzia em relatos de poucos casos atendidos. Progressivamente, conforme a entrevista se aprofundava, observou-se uma tendência entre alguns dos entrevistados a construir e apresentar uma concepção mais ampliada do fenômeno, ou seja, a apresentarem e afirmarem um entendimento de que violência contra a mulher não estaria circunscrita aos aspectos físicos e de âmbito conjugal/doméstico, mas representaria uma soma de fatores estruturais, culturais, institucionais e interpessoais, entre outros.

- Uma vez iniciado tal processo de ‘visibilidade construída’ individual sobre o problema da violência vivenciada pelas mulheres, observaram os profissionais que, na verdade, os casos eram mais comuns do que se pensava na rotina do serviço e que as situações de violência urbana e estrutural se entrelaçavam com a violência doméstica e interpessoal baseada em gênero na vida das gestantes e puérperas, bem como na vida pessoal e profissional deles próprios;

- A maior parte dos profissionais disse que poderia conversar com as gestantes sobre sua vida com os parceiros e a violência desde que tivesse condições de garantir ambientes de privacidade nos aconselhamentos e que, para além da tarefa de notificar o agravo, os profissionais soubessem ‘por que’ e ‘como fazer a abordagem’, através do trabalho em equipe e garantindo-se o seguimento aos casos detectados.

- Entre os temas mais citados como necessários à formação do profissional e daquela equipe em especial tivemos: meios e técnicas para identificar, acolher e

encaminhar mulheres em situação de violência, o conhecimento da rede intersetorial de serviços (o que cada um faz, como ajudam e recebem a clientela) e o como atuar em equipe.

#### **b) Os encontros mensais temáticos e a coletivização dos ‘saberes’ e ‘angústias’**

De posse de um panorama preliminar sobre a situação do serviço e a visão e experiência da equipe referentes à abordagem da VPI, partimos para a restituição destes resultados ao grupo, buscando avançar no processo de formação de um espaço mensal de discussão e ação coletivas, a partir das demandas apontadas nestas entrevistas e no momento da apresentação destes dados em reunião no Centro de Estudos.

Os encontros mensais temáticos, com os entrevistados e outros profissionais que atuavam no pré-natal e na maternidade, foram iniciados com a apresentação destes resultados preliminares. Isto criou, para os profissionais, uma oportunidade única de se encontrarem e conversarem sobre seu trabalho e sobre a questão da violência doméstica, conjuntamente e com a presença de outros que se preocupam com esta questão (colegas da equipe de trabalho, as pesquisadoras, consultores convidados, por exemplo). Estes encontros marcaram um ritmo de progresso no desenvolvimento participativo de uma proposta de trabalho novo e desafiador no campo da gestão da educação profissional e do processo de trabalho em saúde, frente ao tema da violência doméstica e suas relações com a saúde na gestação. Assim, dois processos concomitantes foram viabilizados via tais encontros.

O **‘Processo de Capacitação I’**, que incluiu levantamento da realidade do serviço, mobilização dos profissionais-chaves, integração e sensibilização inicial do grupo em temas estratégicos como gênero, sexualidade, comunicação, entre outros.

Contou com pelo menos sete encontros mensais, em formatos de oficinas e /ou grupos de reflexão com equipes e chefias, alcançaram cerca de 60 profissionais, e incluíram:

- **“Violência na Visão dos Profissionais Entrevistados”**: momento de restituição dos resultados das entrevistas com profissionais e do ‘contrato grupal’ para seguimento do processo de ‘formação’ coletivo;

- **“Conhecendo a Rede Intersetorial de Atenção em Violência: Os Centros de Atenção Psicossocial e Jurídica”**: troca de informações e articulação com a rede intersetorial;

- **“Atenção em Violência Doméstica e Sexual no Setor Saúde”**: conhecimento e divulgação das rotinas e serviços de referência em saúde e violência nos municípios abarcados no atendimento do hospital;

- **“Cenas e Queixas na Guerra dos Sexos”**: oficina de sensibilização e reflexão crítica sobre relações de gênero na sociedade de risco;

- **Cenas e Queixas: Entre o dito e o não dito**: oficina de sensibilização e avaliação crítica sobre os processos de comunicação entre parceiros íntimos, entre sujeitos-usuários e profissionais e, entre a equipe de saúde.

A **‘Capacitação II’** priorizou o processo de **(re)organização do trabalho e do serviço** através de planejamento estratégico participativo das atividades, orientado pela discussão das situações de trabalho. Assim, discutíamos e formalizávamos ao início e final dos encontros mensais no Centro de Estudos do Hospital, um ‘quadro síntese’ contendo atividades ‘prescritas’ ou esperadas, dificuldades encontradas, atividades realizadas e próximos passos, indicando responsáveis e buscando sempre trabalhar no sentido do **‘reconhecimento’** do trabalho realizado e do incentivo à cooperação entre os profissionais. As reuniões dos profissionais foram mediadas pelas pesquisadoras, sendo



assumidos, ao final do projeto, por um grupo técnico formado por representantes da equipe multiprofissional.

A formação deste **grupo técnico** inicial, através da divisão do trabalho e focalização das ações, numa atuação compartilhada e interdisciplinar, foi um passo importante para a institucionalização do processo.

Um dos aspectos mais destacados na avaliação dos encontros temáticos pelos profissionais de saúde foi o potencial de serem **‘espaço de reflexão’** e **‘entrosamento’**, como vemos a seguir:

“Esse aspecto de proporcionar entrosamento entre os profissionais foi o mais marcante p/mim [...]”

“A criação desse espaço de reflexão é muito importante não só para um maior engajamento dos profissionais, mas para um entrosamento no direcionamento do trabalho a ser desenvolvido”

(Avaliações individuais processuais anônimas, dezembro de 2005)

Conhecer o trabalho dos demais colegas e dividir suas preocupações, dificuldades e estratégias de atendimento, apesar de colocar em cena diversos impasses e sofrimentos vivenciados, de certa forma os atenuava, ao possibilitar a escuta e acolhimento de suas **‘angústias’**. Nas palavras de um participante, **“a angústia compartilhada é melhor do que aquela vivida solitariamente!”**.

Conforme avaliação de uma profissional que acompanhou o processo em toda a sua extensão, estes momentos trouxeram a possibilidade de **‘humanização’** deste profissional, apontando, incredulamente, que o fato de pararem periodicamente suas rotinas de **‘atendimento’** e poderem estar ali no Centro de Estudos do hospital (de jaleco e tudo!), refletindo sobre esse processo, com certeza resgatava neles esta possibilidade de sentirem-se mais inteiros enquanto profissionais e pessoas.

Com relação ao atendimento que prestavam, quando perguntamos de que forma percebiam a influência da participação no projeto na rotina do serviço, alguns

profissionais apontaram ganhos em termos de **maior conhecimento sobre o problema da violência na gravidez**, em sua gravidade e complexidade, mais consciência sobre os desafios envolvidos na abordagem do tema e reconhecimento da **‘solidariedade’ como valor** no cuidado em saúde:

“Um repensar com relação à violência no período da gestação. Acredito que a grande maioria dos profissionais desconhecia a gravidade da questão com relação às mulheres, em poucas palavras, mostra que elas não estão sós, que todos os profissionais estão solidários com seu sofrimento.”

“É mais um desafio, na medida em que tenho que aprender a lidar com situações novas para mim, tanto profissional quanto pessoalmente e a partir daí ajudar à paciente.”

(Avaliações individuais processuais anônimas, dezembro de 2005)

### **c) O processo de elaboração e implementação das normas de atendimento à mulher gestante em situação de violência doméstica (Rotina VDG)**

Na avaliação processual e coletiva das atividades, falas como aquela que apontou que a “abordagem do tema da violência provocou a equipe para a sistematização do trabalho” foram estrategicamente discutidas até que se chegasse à identificação da necessidade de pensarem de forma mais pontual os fluxos e rotinas para a proposição de novas formas de atuar frente ao problema.

Ao se ter um retrato do modo como os profissionais atuavam individualmente frente aos casos de VDG e se fortalecer a equipe com insumos teórico-técnicos sobre o tema, o grupo avançou na construção de um modelo próprio de atenção aos casos atendidos.

Neste momento, constituiu-se um grupo de 10 profissionais que, contando com a assessoria das pesquisadoras e de documentos de referência como normas técnicas sobre violência e saúde, instrumentais de pesquisa e relatos de experiências de integração da violência em serviços de saúde, trabalhou de forma intensiva, durante um mês, até

elaborar e propor uma ficha de rastreamento da violência para ser ‘aplicada’ junto às usuárias do pré-natal e da maternidade (**Anexo 3**).

As propostas de ‘aplicação’ da ‘ficha VDG’, ou de como incorporar o rastreamento e o acolhimento da violência na rotina, foram feitas por grupos de trabalho formados por diferentes profissionais de saúde, distribuídos em 3 dias de ‘formação’ inicial para habilitar parte da equipe na introdução da novo ‘protocolo’ na unidade materno-infantil . As propostas dos grupos de trabalho foram sistematizadas pelas pesquisadoras e apresentadas pelo grupo técnico em reunião mensal, onde se ‘votou’ aquelas rotinas e sugestões de aplicação consideradas mais apropriadas.

Embora o instrumental para detecção dos casos de violência tenha sido a mesmo, sua utilização tomou rumos e fluxos diferentes conforme características específicas dos serviços de Pré-Natal e da Maternidade (**Anexos 4 e 5**) . Ambos contemplaram momentos pré-aplicação, de modo a assegurar a sensibilização e informação das gestantes e puérperas sobre a VPI na gestação e outros temas afins (Direitos, leis, rede de serviços, etc.). De modo esquemático a rotina proposta contemplou:

1. Preparação antes da aplicação (material, ambiente, mural, profissionais);
2. Sensibilização inicial das gestantes e puérperas sobre o tema;
3. Aplicação do instrumental de Rastreamento (Ficha de detecção VDG);
4. Primeiro acolhimento e encaminhamentos internos e externos;
6. Registro e monitoramento dos casos identificados;
7. Apresentação dialogada e distribuição do mini-guia de serviços;
8. Discussão dos casos e situações nas reuniões inter e multiprofissionais.

No pré-natal a aplicação da ficha foi incorporada à rotina obstétrica para todas as pacientes, sendo de aplicação individual pelo (a) médico (a) no momento da consulta. Na maternidade a sensibilização e aplicação da ficha seriam coletivas, nas enfermarias,

contando com duplas de profissionais previamente treinadas, sendo a resposta escrita nas fichas feita por cada mulher individualmente.

Logo após a fase de formação inicial de parte da equipe, iniciou-se um período de cerca de seis meses para pré-testagem da **‘Rotina VDG experimental’** pelos profissionais ‘capacitados’, contando ainda com a observação participante das pesquisadoras no desenvolvimento do processo.

Neste processo de testagem da rotina, algumas situações trouxeram novos desafios para o grupo envolvido na operacionalização das atividades previstas. O início de obras na maternidade alterou o fluxo e número dos atendimentos prestados, diminuindo os novos atendimentos e conseqüentemente uma aplicação mais sistemática das fichas de rastreamento. Alguns impasses no processo de trabalho em equipe para a formação das ‘duplas’ de profissionais para operacionalização da rotina nas enfermarias colocaram em análise papéis e funções das diferentes categorias profissionais, interpelando pontualmente a todos para uma reflexão sobre a relação saber-poder na equipe e revisão na divisão de tarefas. A proposição e organização de um sistema de registro das informações geradas foram identificadas como novas atividades a serem planejadas, de modo a que fossem garantidos formalmente o acompanhamento do processo e alguma sistematização do atendimento (elaboração de estatísticas mensais e de roteiro temático para o acolhimento pós-identificação, por exemplo).

Estas e outras situações foram pautadas tanto em reuniões entre os serviços envolvidos como nas reuniões mensais onde foram utilizados quadros de ‘planejamento participativo’ que identificavam limites e oportunidades nas atividades realizadas ou não realizadas em cada fase da rotina VDG e eram debatidas e propostas novas ações e divisão de responsabilidades para o mês seguinte. A opção do grupo de pesquisadoras buscou sempre coletivizar as questões e promover o debate orientado sobre as mesmas.

Assim, passo a passo, os fluxogramas foram sendo testados e revisados, a definição das ‘tarefas’ de cada setor envolvido demarcada, e as estatísticas de serviço iniciais foram dando maior ‘visibilidade’ (numérica) aos casos de violência nos atendimentos: um levantamento preliminar indicou um percentual de 17,5% casos positivos para violência doméstica entre as mulheres que participaram do rastreamento inicial na Maternidade.

Ao fim das atividades programadas da pesquisa-ação, foi realizado um seminário intersetorial final, onde o grupo do hospital participou na apresentação desta experiência piloto para profissionais da rede. A continuidade do apoio de um representante da equipe de pesquisa foi solicitada pelo grupo técnico do hospital, ficando acordado, então, que tal apoio seria limitado à assessoria no planejamento e participação nas reuniões mensais.

#### **d) Novos cenários político - gerenciais e o trabalho em saúde: velhos impasses, outros desafios**

A proposta de continuidade e institucionalização da rotina VDG recém-incorporada ao trabalho no Hospital, após um período interno de ‘turbulências’ decorrente da mudança política nos quadros da saúde do Estado, foi lançada por uma **nova direção** em mídia impressa local como ‘Programa de Assistência, Detecção e Acolhimento a Mulheres Vítimas de Violência Doméstica’. Apesar desta ‘oficialização’ do trabalho desenvolvido, algumas mudanças, subseqüentes portanto, às eleições para Governador, fizeram com que este terceiro ano de intervenção fosse, basicamente, voltado para o esforço em se elucidar e lidar com a ‘desmobilização’ permanente do processo coletivo original.

Entre as novas situações tivemos: as mudanças políticas que culminaram na mudança na direção do hospital e de sua equipe de gestão; a transferência de setor de trabalho de alguns profissionais considerados ‘chave’ (multiplicadores) na organização e implementação da Rotina VDG; ‘a individualização’ na coordenação das atividades do programa VDG no hospital, sendo que sua nomeação foi feita sem a participação do grupo técnico, que não teve definido ou instituído formalmente seu papel, nem as funções específicas de cada profissional no Programa.

Desnecessário colocar o quanto algumas destas mudanças trouxeram **sofrimento aos profissionais de saúde** (e também às pesquisadoras!) envolvidos neste processo. As reuniões mensais se mantiveram de modo precário por cerca de 9 meses, até serem suspensas pela inviabilidade de ‘recursos’ humanos (profissionais) e materiais disponíveis (obras no Centro de Estudos).

#### **IV) DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES SOBRE O PROCESSO DE ‘PESQUISA-AÇÃO’**

##### **a) Análise da Demanda**

Observa-se que a formulação inicial da demanda para a realização da pesquisa não se situou no âmbito do hospital, mas sim no grupo de pesquisadoras. Fomos nós quem, ao propor o projeto, entrevistar profissionais e participar das atividades subsequentes no hospital, colocamos em discussão o tema da violência, das relações de gênero, da formação e prática do profissional de saúde para acolhimento da VDG no atendimento prestado pelas equipes multiprofissionais.

Baseados na concepção metodológica da pesquisa-ação, buscamos meios de promover a problematização desta demanda no campo de pesquisa e de coletivizá-la a partir dos interesses e possibilidades também dos atores deste campo. A demanda para

a continuidade neste processo de reflexão passou a incluir o ‘desejo’ e o compromisso gerado no grupo envolvido, agora, então, formado por pesquisadoras e profissionais de saúde.

O momento de restituição dos resultados das entrevistas iniciais com profissionais foi instaurador da confiança depositada pelo grupo do hospital na pesquisa e no processo, uma vez que, ao se virem representados nas falas e análises apresentadas e reconhecidos nos seus saberes, puderam sentir-se de fato ouvidos e acolhidos. Tal **“escuta comprometida”**, conforme nomeada por Dejours (1999, p.10), foi primordial para que qualquer intervenção posterior fosse possível e uma positiva aliança estabelecida desde o início.

**b) A ‘visibilidade construída’, a coletivização dos saberes e a ‘angústia compartilhada’: entre a ‘banalização do mal’ e a responsabilização profissional e institucional**

Com o seguimento das reuniões mensais e reflexões coletivas, pouco a pouco foi ocorrendo um processo diferenciado e novo no campo dos significados associados à conceituação e visibilidade do fenômeno da violência contra mulheres na prática dos profissionais.

Ao apresentarem suas concepções sobre relações sociais de sexo e violência contra a mulher, pouco a pouco uma maior visibilidade para os agravos e situações associados ao evento violência na gravidez foi se revelando, embora retrospectivamente. Ou seja, conforme seus conhecimentos individuais se afirmavam, primeiramente, nas entrevistas com as pesquisadoras e, posteriormente, se articulando com o de outros nas discussões e processos grupais, a concepção ampliada da violência contra a mulher baseada ou não em gênero (psicológica, sexual, institucional, estrutural, entre outras) foi

tornando-se mais “visibilizada” e ratificada, inclusive através da alta frequência com que passaram a admitir terem lidado com evidências de tais agressões entre as gestantes atendidas (independentemente de terem atuado ou não nos casos).

Assim, situações comuns na rotina dos serviços, foram sendo pouco a pouco exploradas, alcançando-se uma **‘visibilidade construída’** dos sinais e situações associados aos casos de violência doméstica na gravidez, muitos deles plenamente corroborados em estudos diversos (Jasinski, 2004; Krug et al., 2002), traçando ainda um importante panorama coletivo das dificuldades e oportunidades para a organização e qualificação da atenção em VDG almejada, a partir da realidade do serviço e dos atores envolvidos.

Se, por um lado, enquanto pesquisadores estávamos imbuídos de nosso espírito ‘investigativo’, de levantar percepções, conhecimentos, por outro sabíamos do desafio de uma aproximação com temas ‘sensíveis e sensibilizadores’ como o da violência (Schraiber, D’Oliveira, Couto, 2009). Acolhemos e compartilhamos preocupações e angústias, bem como nos inquietamos com algumas aparentes ‘indiferenças’ dos profissionais com relação ao mesmo.

Hoje, em uma aproximação com a proposta de Dejours (2007) de analisar posturas de **resignação e ‘banalização do mal’** enquanto possibilidade de defesa contra a consciência dolorosa do sofrimento alheio, nos perguntamos o quanto o processo instaurado via a pesquisa-ação, veio, positivamente, de encontro a tal dificuldade. A ‘visibilidade construída’, nas suas interfaces entre **‘mobilização subjetiva e coletiva’**, pode ter, justamente, colocado em xeque, a fronteira defensiva entre a percepção do sofrimento alheio e o sentimento de indignação de cada um e de todos para seu enfrentamento. O reconhecimento paulatino da injustiça envolvida na maior parte das situações trazidas como exemplos da ‘violência’ vivida por muitas das mulheres



atendidas, transcendeu a questão da violência doméstica para a violência institucional e a **injustiça social**, colocando as implicações de todos em discussão:

“Botar a coitada para subir – grávida- com água para tomar banho [em casa]. E aí, o pessoal diz que elas chegam mal-cheirosas aqui para serem atendidas” (Ent 8, F)

“[...] é um descaso tão grande!... eu me sinto assim, às vezes, até envergonhada [...] elas são humilhadíssimas! Depois de vir de Itaboraí, Rio Bonito, São Gonçalo [...]. Começa desde lá do posto, quando não tem preservativo, não tem profissional para orientar [...]. Então eu acho difícil recortar isso... Está tudo interligado” (Ent 1, F)

Como nos alerta Gaulejac (2006), a vergonha é um sofrimento social e psíquico, que engendra um silêncio onde se faz necessário a intervenção de um terceiro que colabore no despertar desta ‘fala’ e da libertação de tal sofrimento, posição e funções que entendemos terem sido ocupadas pela pesquisa e pelo espaço coletivo de discussão instaurado. No caso do trabalho específico com mulheres em situação de violência, o silêncio e a vergonha estão tanto no lado dos profissionais, como vimos acima, como nas mulheres atendidas:

A vergonha é um sentimento doloroso e sensível sobre o qual é preferível não falar [...].Pensemos no silêncio dos deportados voltando dos campos de extermínio, no dos desempregados que dissimulam seu estado, nos soldados que voltam da guerra, nas mulheres agredidas ou violentadas, nas crianças que vêm seus pais humilhados... é preciso circunstâncias bem específicas para enfim ousar dizer, ousar contar (Gaulejac, 2006, p.17).

Além da escuta ‘individual’ através das entrevistas, trabalhamos na coletivização do processo, nas reuniões de grupo onde tais falas eram trazidas à tona. Assim, uma mobilização para a responsabilização ajudava ao grupo a caminhar, menos no sentido da resignação e ‘piedade’, e, mais para uma (re) ação-mobilização coletiva contra o ‘intolerável’, ou melhor, nos aliando às colocações de Dejours:

Acreditar que o desemprego e a exclusão resultam de uma injustiça ou concluir, ao contrário, que são fruto de uma crise pela qual ninguém tem responsabilidade não é algo que dependa de uma percepção, de um sentimento ou de uma intuição, como o é no caso do sofrimento. A questão da justiça ou da injustiça implica antes de tudo a questão da responsabilidade pessoal [...]. É justamente a falta de reações coletivas de mobilização que possibilita o aumento progressivo

do desemprego e de seus estragos psicológicos e sociais, nos níveis que atualmente conhecemos (Dejours, 2007, p.20; 24).

Lembramos que, por outro lado, o ‘lidar’ cotidiano com a questão da violência pode correr o risco de cair num “denuncismo” vazio, que, ao invés de “catalisar a ação política ela serve para familiarizar a sociedade com a adversidade, para domesticar as reações de indignação e para favorecer a resignação” (Dejours, 2007, p. 25). Neste sentido, tivemos debates que tanto problematizaram o tema da ‘denúncia’ (em que consiste, quem faz, para que serve, qual o papel da mulher e da rede, etc.) como discutiram a notificação dos casos de violência contra mulheres, que, embora prevista em lei (Brasil, 2003) ainda era incipiente na prática da rede e do serviço naquela ocasião. Para boa parte do grupo, a **responsabilização profissional no atendimento às pessoas em situação de violência**, foi reconhecida de forma mais ampliada, onde qualquer ‘notificação’ ou ‘encaminhamento’ estivessem contidos em um **acolhimento**, pois, conforme a visão de uma das profissionais entrevistadas:

“Você faria o que? Notificaria? Às vezes é uma situação de aborto, de espancamento [- onde a mulher diz: não quero que isso saia daqui!]. E aí, o que profissional faz? [...] Por um lado, a gente tem que respeitar, mas por outro... Mas eu também acho que a gente ficar de braços cruzados, é complicado: A gente tem que ver o que poderia fazer! ( Ent 1, F)

### **c) Um breve olhar sobre o trabalho prescrito, o real do (processo de) trabalho e as estratégias de defesa dos profissionais na institucionalização da ‘Rotina VDG’**

“[...] a superação das contradições entre organização prescrita do trabalho e organização real do trabalho não pode dispensar discussões, deliberações e debates de opinião entre os trabalhadores”

‘ [...] Da qualidade dessa discussão dependem o sentido do trabalho, o reconhecimento da inteligência e da engenhosidade para enfrentar esses obstáculos. ’

(Dejours, 2007, p. 31-32).

Os dois primeiros anos dentro do hospital foram momentos privilegiados onde os componentes de **pesquisa, ‘formação’ e avaliação** aliaram-se positivamente e

potencializaram a mobilização subjetiva e coletiva para a **‘cooperação’, ‘criatividade’ e ‘confiança’ no trabalho** (Dejours, 1999). Com as mudanças estruturais ocorridas no 3º ano, como a substituição da equipe de direção do hospital, da realocação dos profissionais e a nova distribuição de carga horária, entre outras, o novo alvo para prosseguirmos em nossa assessoria voltou-se para a questão do sofrimento ou dos destinos do **sofrimento no trabalho** (já que não se pode eliminá-lo), e das **estratégias de defesa** individuais e coletivas mobilizadas neste novo cenário (Dejours, 1999; 2007).

Dejours chama a atenção para o fato de que tais ‘reformas estruturais’ podem desestabilizar estratégias coletivas de defesa antes utilizadas pelo grupo, restando, por vezes, somente “as estratégias individuais dos antolhos” (‘Eu não sabia’; ‘cumpro as ordens’) que tanto podem ser exitosas como fracassarem, resultando em “descompensações psicopatológicas”:

Estas assumem duas formas principais. A primeira é a prostração, o abatimento, o desespero e, mais à frente o espectro da depressão [...]. A segunda consiste num impulso reacional de revolta (Dejours, 2007, p. 123).

De qualquer modo, novas imposições da organização do trabalho vieram confrontar o processo de institucionalização da ‘Rotina VDG’ e aumentaram a exposição dos trabalhadores a determinados tipos de sofrimento e defesa. Em um dado momento, depois de um encontro mensal onde se tentou em vão reunir de volta parte do grupo antes envolvido nas atividades do projeto de pesquisa, uma das profissionais que tentara organizar a reunião, chora e diz não saber o quanto tal ‘incompetência’ vem dela ou da situação:

[...] muitas vezes os trabalhadores não têm como saber se suas falhas se devem à sua incompetência ou a anomalias do sistema técnico. E essa fonte de perplexidade é também a causa de angústia e de sofrimento, que tomam a forma de medo de ser incompetente, de não estar à altura ou se mostrar incapaz de enfrentar convenientemente situações incomuns ou incertas, as quais, precisamente, exigem responsabilidade (Dejours, 2007, p. 31).

Uma das mudanças que alguns dos profissionais referiram como ‘desastrosas’ foi a concentração da carga horária em menos dias de trabalho. Isto implicou em novas escalas e equipes de trabalho, alterando seu ritmo, com a necessária redistribuição e concentração das tarefas, fazendo com que se sentissem, cada vez mais, pressionados pelo tempo, diferenciado e comprimido para desenvolverem atividades antes já integradas à sua rotina. Dejours considera que a possibilidade de que tais **mudanças na organização do trabalho**, justificadas por propostas ditas de ‘modernização’ situadas na **conjuntura do neoliberalismo** (e das exigências do ‘mercado’), trazem ‘sofrimento’ aos que trabalham, por ‘medo’ de não corresponderem a tais exigências, e, diante do risco de desemprego, pela ameaça de exclusão.

A **nova demanda gerencial** para um tipo de ‘produção’ voltado para uma “qualidade” de atendimento cujos indicadores não se explicitavam, utilizando-se de aplicação de questionários de avaliação de desempenho, bem como a ‘constatação’ de seu isolamento do processo de discussão de um novo ‘modelo’ de gestão em saúde (Fundações Estatais de Direito Privado), foram gerando, cada dia mais, reações de medo, desconfiança e submissão por parte dos profissionais. Nos corredores, a possibilidade de alguns serem transferidos de unidade acaba se associando a esta nova forma de ‘avaliar’ o desempenho do serviço (questionário) : - *“O que será que querem com isso?”* - nos interroga uma médica.

Real ou imaginária, a possibilidade de ‘manipulação gerencial’, pode ter contribuído ainda mais para uma **cisão entre sofrimento e injustiça**, redefinindo (negativamente) a fronteira entre a percepção do sofrimento alheio e o sentimento de indignação, o que se refletiu na falta de mobilização coletiva. Na dominação pela manipulação gerencial no processo de precarização, como observada em alguns modelos de gestão para a ‘qualidade total’: “Esse medo é permanente e gera condutas de

obediência e até submissão. Quebra a reciprocidade entre os trabalhadores, desliga o sujeito do sofrimento do outro, que também padece, no entanto, a mesma situação” (Dejours, 2007, p. 52).

Não havendo a condição institucional na qual o espaço e o compromisso de discussão coletiva se mantivessem dentro de critérios éticos e sociais acordados anteriormente, parece que o **‘sentido’ deste trabalho**, se perdeu e com ele a possibilidade de “reconhecimento da inteligência e da engenhosidade para enfrentar esses obstáculos”. (Dejours, 1999:32)

Com relação à discussão da rotina VDG propriamente dita, ainda que as reuniões fossem realizadas em encontros precários e possíveis dentro da situação de mudança descrita, uma das tensões observadas a partir desta etapa do trabalho, foi a de que, ao mesmo tempo em que avaliavam que se ter uma rotina instituída seria um certo avanço, também um questionamento sobre sua validade e risco de se ‘burocratizar’ se colocou.

Embora, como vimos, a ‘Rotina VDG’ tenha sido proposta através de um amplo processo de acordo coletivo e com possibilidades de ajustes permanentes a partir da prática e interpretação de cada um (o real do trabalho), bem como através dos encontros mensais, um protocolo instituído (trabalho prescrito) poderia ser mesmo invalidado caso tomasse o caminho da ‘burocratização’. De fato, este grupo apostava e ‘acordou’ uma proposta de rotina como ‘acolhimento’ da mulher em situação de violência, e não como um mero levantamento de dados estatísticos sobre quantas seriam as gestantes e puérperas em situação de violência, o que, parecia ter risco de ocorrer em determinados momentos diante da situação de instabilidade que viviam.

Mas, também, a própria visibilidade da função e responsabilidade de cada um, e da equipe, na rotina instituída para lidar com o sofrimento da mulher em situação de violência, não pôde (nem poderia) permanecer a mesma, pelo menos naquele período de

transição e sofrimento no trabalho tão carente de processos coletivos e participativos de discussão para acolhimento de suas ‘angústias’. Embora alguns tenham seguido individualmente nas atividades, pelo menos provisoriamente, a atuação e a reflexão coletiva não se mantiveram, inclusive fisicamente, já que, por coincidência ou não, a sala do Centro de Estudos onde as reuniões mensais aconteciam, entrou em reforma, garantindo, pelo menos de modo menos ‘sofrido’, que tais encontros fossem suspensos e as atividades de ‘assessoria’ encerradas.

## **V) CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O fato é que o trabalho é uma fonte inesgotável de paradoxos. Incontestavelmente, ele dá origem a terríveis processos de alienação, mas pode ser também um possante instrumento a serviço da emancipação, bem como do aprendizado e da experimentação da solidariedade e da democracia.

(Dejours, 2007, p. 141)

Considerando a extensão e intensidade das atividades do projeto, temos a sensação de que muitos outros pontos importantes deixaram de ser analisados, como por exemplo, o trabalho desenvolvido com a rede intersetorial de serviços, que culminou com a produção do mini-guia e a realização de um seminário de disseminação da experiência onde todos - academia, serviço e rede – tiveram sua participação e reconhecimento, de alguma forma, garantidos. Os mini-guias impressos em folder apoiaram as atividades de sensibilização das mulheres e, no formato de banner, foi afixado em locais estratégicos do serviço para informação geral da população. Também o acolhimento de profissionais que viviam situações de conflito conjugal, de mulheres grávidas que conseguiram, com a ajuda dos aconselhamentos pós-identificação, garantir um curso de gravidez e o nascimento de seus filhos de modo um pouco mais seguros, enfim...

Sabemos que o grupo do hospital, pelo menos parte dele, seguiu na realização de algumas atividades da 'Rotina VDG'. Alguns profissionais foram chamados para apresentarem suas experiências com o Programa. Outros se licenciaram do trabalho por motivos de saúde. Assim como, certos profissionais, e o próprio serviço, se engajaram em outras e novas formas de interlocução e reflexão relacionadas aos temas da assistência integral a saúde da mulher e à violência. A maternidade passou a ser campo de estágio para estudantes de Serviço Social de uma Universidade Federal. Enfim, com certeza, novos encontros, tanto para nós enquanto grupo de pesquisa, como para aqueles profissionais de saúde, geraram novos questionamentos (e outras possibilidades de reconhecimento), o que faz parte do próprio 'processo de trabalho' e de 'vida'.

A proposta de voltarmos ao hospital e realizarmos alguma avaliação de 'impacto' ou de resultados do projeto chegou a ser planejada, mas, sem descartarmos a importância metodológica de tal atividade, de fato, o que nos pareceu mais relevante nesta experiência foi o próprio processo instaurado via a pesquisa-ação, aqui apresentado no âmbito dos resultados mais associados à gestão coletiva do conhecimento e do processo de trabalho. Retomaremos, portanto, o relato de um acontecimento, que parece se concatenar com esta nossa avaliação.

Na ocasião em que houve a mudança nos quadros da saúde estadual, inclusive no hospital investigado, enquanto o grupo técnico trabalhou no sentido de dar continuidade às atividades e apresentava o Programa VDG à nova direção em evento público, foi levantada a possibilidade de se partir para a formalização de uma espécie de 'portaria' que normatizasse uma rotina de rastreamento dos casos de violência doméstica na gravidez em todas as maternidades estaduais. Alguns profissionais questionaram o quanto algo vindo 'de cima para baixo' e com chances de se resumir a uma simples 'aplicação' burocratizada de um protocolo poderia ter êxito.

De certa forma, pareceram reconhecer a importância de todo processo de sensibilização, discussão e formação coletiva e participativa que vivenciaram até chegarem à proposição e implantação de uma rotina em saúde frente ao complexo problema da violência, reconhecidamente um ‘objeto’ de intervenção ‘sensível’ e ‘sensibilizador’(Schraiber, D’Oliveira, Couto, 2009). Assim, pelo menos naquela ocasião, o grupo não se posicionou de modo favorável a tal possibilidade de ‘normatização’, talvez por apostarem na centralidade da cooperação e dos espaços de discussão coletiva na organização do trabalho, fundamentais no desenvolvimento e manutenção da ‘Rotina VDG’, e que, na forma de ‘portaria’, foi percebida, então, apenas como mais uma ‘tarefa’ prescrita:

No nível da organização do trabalho, só se sabe dividir e repartir as tarefas, as responsabilidades, as atribuições [...] . A dificuldade é que é impossível prescrever a cooperação. Sabemos dividir, mas não sabemos reunir. Ordenar a cooperação é como ordenar o amor [...] (Dejours, 1999, p. 28-29).

De qualquer modo, diante da gravidade do problema da VDG e, da satisfação com que vimos o empenho (e a alegria) desta equipe de saúde e do grupo de pesquisadoras em protagonizarem processos de produção de conhecimento e organização do trabalho diferenciados, situados na interseção entre ensino, pesquisa e serviço, não podemos deixar de ratificar a necessidade urgente de incorporação de propostas de pesquisa e acolhimento dos casos nos serviços de saúde, assumindo que os que vivem a situação de trabalho na atenção em saúde possuem conhecimentos imprescindíveis à produção científica sobre o tema (Brito, Athayde, 2003) e que, sua implantação será mais estável e melhor assumida por gestores, profissionais e usuárias se construídas por eles, desde suas experiências e práticas cotidianas (Pashe, 2009).



## VI- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (ARTIGO 4)

ANGULO-TUESTA AJ. **Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde**. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1997.

BECK U. **Risk Society: Towards a New Modernity**. London: Thousand Oaks; New Delhi: Sage ; 2005.

BRASIL, D.O.U. **LEI NO 10.778 DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003** – Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília: 25 nov. 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do trabalho na Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRITO J. Saúde do Trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: FIGUEIREDO M, ATHAYDE M, BRITO J e ALVAREZ D(orgs). **Labirintos do Trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A; 2004. p.91-114.

BRITO J e ATHAYDE M. Trabalho, educação e saúde: o ponto de vista enigmático da atividade. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. 2003, 1(2): 63-89.

DAVIDSON LL, GRISSO JA, GARCIA-MORENO C, GARCIA J, KING VJ, MARCHANT S. **Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine**. 2001, 10(10): 953-969.

DEJOURS C. **A Banalização da Injustiça Social**. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007(reimpressão).

\_\_\_\_\_. **Conferências Brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho**. São Paulo: Fundap: EAESP/FGV; 1999.

D'OLIVEIRA AFPL, SCHRAIBER LB. Violência Contra a Mulher: a pesquisa e a intervenção. **Revista Promoção da Saúde**. 2002, 6:

DURAND JG, SCHRAIBER LB. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. **Rev. bras. epidemiol.** 2007, 10(3): 310-22.

GAULEJAC V. **As Origens da Vergonha/ Vincent Gaulejac- Tradução de Maria Beatriz de Medina**. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria; 2006.

GIFFIN K. Financeirização do Estado, erosão da democracia e empobrecimento da cidadania: tendências globais? **Ciênc. saúde coletiva**. 2007, 12 (6): 1491-1504.

GIFFIN K, DANTAS BERGER SM. Violência de gênero e sociedade de risco: uma abordagem relacional. In: TAQUETTE, S. (Org). **Violência contra a mulher adolescente-jovem**. Rio de Janeiro: Eduerj; 2007. p 55-60.

GIFFIN K, DANTAS-BERGER SM. Violência Doméstica e Gravidez de Risco: Qualificando o Acolhimento. Relatório Descritivo Final. CNPQ:Processo 50.5607/2004-2. (Relatório De Pesquisa). Rio de Janeiro: Núcleo de Gênero e Saúde. ENSP/Fiocruz, 2007a

HEISE L, ELLSBERG M, GOTTEMOELLER M. Ending violence against women. **Popul Rep**.1999, 27:1-43.

JASINSKI JL. Pregnancy and domestic violence: A review of the literature. **Trauma, Violence & Abuse**, 2004; 5(1): 47-64.

KRUG EG, DAHLBERG LL, MERCY JA, ZWI AB, LOZANO R, editors. **World Report on violence and health**. Geneva: World Health Organization; 2002.

MATERNAL AND CHILD HEALTH JOURNAL. 2000; . Special Issue : **Violence and Reproductive Health** . 4 (2) . U.S.A: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

MORAES CL. Violência familiar na gestação entre mulheres atendidas na rede pública de saúde da cidade do Rio de Janeiro, Brasil: magnitude, características e grupos de risco. Resumo Versão Eletrônica. In: Artículos originales > Expertos de Iberoamérica > <http://siicsalud.com/dato/dat039/04729009.htm> (acesso em 13 set 2004).

PASCHE D. **A importância de inovar na gestão em saúde e cuidado**. In: BoletIN – Integralidade em Saúde, out-2009. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1163&sid=20>. Acesso em 13 abr 2010.

RAMSAY J, RIVAS C, FEDER G. Interventions to reduce violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience partner violence: a systematic review of controlled evaluations. Final Report. Center for Health Sciences, Queen Mary's School of Medicine and Dentistry. Barts and the London. London, 2005.

SAGOT M. A Rota Crítica da Violência Intrafamiliar em Países Latino-americanos. In: MENEGHEL S, org. **Rotas Críticas- Mulheres Enfrentando a violência**. São Leopoldo: Editora Unisinos; 2007. p. 23-50.

SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL, COUTO MT. Violência e Saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da Violência Contra a Mulher. **Cad Saúde Pública**. 2009, 25 Sup 2: S205-S216.

SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL, FALCÃO MTC, FIGUEIREDO WS. **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos**. São Paulo: Editora UNESP, (Saúde e Cidadania); 2005.

THIOLLENT M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez: Autores Associados; 1986.

VICENTE L de M, VIEIRA EM. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de Medicina e médicos residentes. **Rev Bras Educ Méd**. 2009,33(1): 63-71.

## CAPÍTULO V- DISCUSSÃO AMPLIADA E CONCLUSÕES

Neste capítulo pretendemos ressaltar alguns aspectos gerais e particulares relacionados ao conjunto dos artigos que compõem a tese, retomando para isto problemas, questões e pressupostos iniciais que motivaram, orientaram e fundamentaram o estudo, de forma a discutir limites, avanços e interfaces na produção do conhecimento sobre o acolhimento da violência entre parceiros íntimos na gravidez nos serviços de saúde, o que necessariamente converge para uma discussão complexa, que se dá na interseção entre os campos da saúde, da educação e do trabalho.

### **5.1 - O problema da VPI na gravidez frente ao ‘real’ da atenção em saúde:**

Apesar da complexidade conceitual e da diversidade de situações envolvendo o problema da violência contra mulheres que se baseia em gênero (de âmbito público ou privado, do tipo física, psicológica, sexual, patrimonial ou institucional, etc.) o foco na violência praticada por parceiro íntimo se justificou no estudo pela alta incidência, prevalência e situações de morbi-mortalidade feminina a ela relacionadas, especialmente no que se refere à saúde reprodutiva e aos efeitos diretos e indiretos no período gravídico-puerperal (Artigo 1).

Aliado à justificativa que ratifica a relevância e gravidade do tema da vpi na gravidez, foram constatados ainda os limites para abordagem da violência nos serviços e programas públicos de saúde em nosso país, uma vez que, além da recorrente demanda por mais ‘capacitação’ dos profissionais para abordagem do tema, observou-se que nas rotinas existentes **não é comum a busca ativa dos casos de nenhum tipo de violência contra mulher**. Além da notificação compulsória de tal agravo prevista no Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências do SUS e de algumas informações contidas em

manuais sobre como o profissional deve proceder diante dos casos porventura atendidos (BRASIL, 2002), não estão previstas ou incorporadas rotinas de atenção sensíveis à abordagem da violência entre parceiros íntimos, em seu viés de gênero e de direitos humanos. Na maior parte das vezes, a intervenção técnica oferecida, embora essencial, é ainda restrita aos exames, profilaxias, aconselhamentos e monitoramento previstos em normatização referente à atenção e tratamento dos agravos em saúde de mulheres e adolescentes ‘vítimas’ de violência sexual (Brasil, 1999/2002), inclusive nos protocolos de atenção pré-natal (Brasil, 2005). Rastrear e acolher a VPI de forma mais institucionalizada não faz parte da rotina obstétrica.

No que se referiu ao levantamento do modo como equipes e profissionais de saúde conhecem e lidam com tal problema (Artigo 3), na realidade encontrada na unidade de saúde materno-infantil envolvida no projeto de pesquisa-ação (Projeto VDG), embora os limites pessoais, profissionais e institucionais para abordagem do tema nos atendimentos em saúde tenham sido apontados e se confirmem nos achados da literatura disponível sobre o tema, a realidade desvelada pelas entrevistas com os profissionais de saúde, por outro lado, colocou em cena novos olhares e perspectivas sobre o mesmo problema.

Ficou demonstrado o quanto os profissionais de saúde são rotineiramente confrontados no cotidiano do serviço, com formas particulares de ‘comunicação’ sobre o problema pelas gestantes, ou seja ‘conhecem’ mas nem sempre (re) conhecem este tipo de ‘saber’ produzido na interação interpessoal nas consultas, cuja qualidade e imprevisibilidade se diferenciam de um saber ‘técnico’ prévio e previsível, dominante em sua formação e prática profissional. Um pedido ‘insistente’ para realização de um exame de imagem (ultrassom) pode significar a tentativa (não explícita) de a mulher constatar se o bebê estaria ‘bem’ após agressões vividas e não reveladas na consulta. O

apelo à prescrição médica para a restrição da relação sexual na gravidez, quando o parceiro não está ‘convencido’ do ‘não’ feminino, pode ser outra forma de comunicação indireta sobre possíveis conflitos na relação com o parceiro (Artigo 3). As ‘dores sem nome’, daquelas que vivem situações de violência encontram alguma expressão e, dependendo do modo como são percebidas e valorizadas pelo profissional, terão maior visibilidade nos serviços, o que já seria um primeiro passo essencial:

Acreditamos, assim, que quanto mais visível se tornar a violência que desencadeia sofrimentos e danos à saúde mais eficaz será a ação assistencial. O que cada mulher em situação de violência traz aos serviços de saúde não é a violência como um problema: em geral traz apenas seus efeitos. A violência vivida, portanto, não aparece como tal, nem mesmo como fator causador dos sofrimentos. Encontra-se 'invisível' também no interior dos serviços de saúde, isto é, como parte do diagnóstico das necessidades das mulheres que procuram esses serviços (Schraiber et al,2005, p. 94).

Se considerarmos ainda a situação privilegiada da equipe envolvida na atenção pré-natal no que diz respeito à periodicidade e maior frequência prevista para realização de consultas e contatos com a gestante e seus familiares, tanto a possibilidade de estabelecer um laço como de identificar e acolher a VPI se amplia.

A superação da questão da visibilidade ou invisibilidade das situações de violência nas consultas e internações para responsabilização do profissional e do serviço passa então a demandar estratégias de sensibilização e formação profissional que possam, potencialmente, promover e ampliar o (re) conhecimento destes saberes e comunicações que se dão no ‘real’ da experiência ou do trabalho.

## **5.2- O que e como ensinar? Redimensionando demandas na qualificação profissional em saúde**

A demanda real de ‘capacitação’ destes profissionais, na verdade, não nos pareceu ser exatamente sobre definições, tipos, ou as formas da violência se apresentar no

atendimento, o que, diga-se de passagem, vem sendo o modelo hegemônico na educação profissional em saúde, inclusive na realidade de outros países no que se refere ao tema da violência (Artigo 2). Tais modelos estariam mais ligados a propostas de educação continuada, justificando investimentos no que Ribeiro (2004) denomina como ‘capacitacionismo’, e, que pouco tem colaborado para a transformação das práticas nos serviços de saúde:

Sob essa lógica, os problemas da prática resultam da falta de conhecimento dos profissionais: não é outra a origem do ‘capacitacionismo’, que busca, pela oferta de um conhecimento ‘ready-made’, resolver os problemas da prática- todos, mesmo os que não são derivados da falta de conhecimento dos profissionais ( Ribeiro, 2004, p. 288).

Vimos que, através do processo de afirmação e reconhecimento de seus saberes práticos e de suas reflexões críticas sobre as relações sociais de sexo-gênero e sobre o processo de trabalho em saúde na sociedade atual, alguns puderam, pouco a pouco, dar visibilidade aos vários sinais e cenários que, potencialmente, poderiam representar efeitos ou situações geradas pelos conflitos e violências vividos pelas gestantes. A problematização das relações de gênero na atualidade, para além dos aspectos relacionais, trouxe a reboque a percepção crítica de alguns profissionais sobre os efeitos da precarização no trabalho e na vida de todos (gestantes, parceiros, profissionais), e o reconhecimento da maior exposição de cada um a situações de conflito e violência em geral (urbana, doméstica, institucional, estrutural).

Como nos apontam Silvério e Patrício (2007), a metodologia de pesquisa qualitativa e seus instrumentos ou técnicas, por si só, já viabilizam um “encontro dialógico-reflexivo”(p.242) e um processo de educação. No caso da pesquisa-ação estudada, as entrevistas foram estratégias iniciais de aprofundamento na tomada de consciência da realidade em que os profissionais se encontravam, desnudando e sistematizando diferentes olhares “em busca da reconstrução de uma consciência coletiva” (p. 245). O momento inaugural desta ‘coletivização’ do processo deu-se na devolução dos dados.

A devolução ou restituição dos dados, ao mesmo tempo em que promoveu um “movimento dialético participativo que fez emergir também a unidade na Equipe de Saúde que até então não havia se expressado” (Silvério e Patrício, 2007, p.243) acabou por apontar demandas por novos estudos ou ações, em função das necessidades que emergiram das discussões entre os ‘sujeitos-atores’ da pesquisa para um ‘agir coletivo’. O processo de conscientização individual sobre a gravidade do problema e da maior ‘visibilização’ e materialidade das situações de violência nos comportamentos das mulheres e familiares (sinais) não pareceu suficiente para que se sentissem preparados para incorporar a abordagem do tema na rotina institucional.

A demanda sobre o ‘como’ atuar em equipe interdisciplinar frente ao tema foi recorrente (Artigo 3). A questão inicial que orientou o estudo de doutorado, sobre que propostas pedagógicas seriam mais apropriadas para promover o acolhimento qualificado (o qual prevê a atenção interdisciplinar) na rotina em saúde, novamente se apresentou, mas agora partindo dos próprios profissionais. Então, que passos seriam necessários, entre o (re) conhecimento das formas como os casos de violência poderiam se expressar nos atendimentos, que levavam os profissionais de saúde a ‘suspeitar’ da violência, até a confirmação ou identificação do caso e sua inclusão no atendimento em saúde (acolhimento)? O que os profissionais individualmente e em equipe de trabalho perceberiam como sendo de sua ‘competência’? Identificar? Identificar e acolher? Identificar e encaminhar? Acolher? Acolher e Registrar? Acolher e discutir o caso? E quando não há qualquer suspeita? Ainda que a maioria tenha declarado que poderia conversar sobre o assunto na consulta, como se daria esta abordagem?

**5.3- Entre as ‘evidências científicas’ para incorporação da violência na atenção em saúde e a educação permanente como componente pedagógico da gestão do processo de trabalho: a pesquisa-ação como ferramenta estratégica**



Embora a revisão de literatura realizada (Artigo 2) ratifique a importância da busca ativa dos casos e da promoção dos direitos das mulheres na realidade dos serviços, no que se referiu à formação inicial e profissional em saúde para a implementação de rotinas que contemplem este atendimento mais ‘integral’, não foram apontadas evidências sobre uma metodologia mais ‘eficaz’ para ‘formar’ profissionais de saúde e qualificar o trabalho das equipes multidisciplinares para a detecção e acolhimento dos casos de violência doméstica. Porém, algumas recomendações foram sinalizadas para que melhores resultados sejam obtidos: incorporar saberes e práticas dos profissionais; conhecer a realidade dos serviços e da rede intersetorial; definir indicadores que sejam considerados suficientes e factíveis sobre que ‘acolhimento’ se deseja e se pode alcançar considerando tal realidade; investir na parceria interinstitucional em todas as etapas da proposta (planejamento, implementação, monitoramento e avaliação); e, além dos profissionais de saúde, envolver gestores em geral no processo, reconhecendo-se que a prática clínica é influenciada pela política institucional (**Artigo 2**).

A pesquisa-ação, em sua proposta político-pedagógica e enquanto estratégia metodológica de pesquisa social aplicada aos serviços de saúde foi uma opção viável na fundamentação e sustentação dos processos de investigação, educação e intervenção necessários para que algumas (não todas) destas recomendações fossem viabilizadas ou colocadas em discussão com a equipe para que novas estratégias, mais aplicadas à realidade dos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ganhassem expressão (Artigos 3 e 4).

No projeto VDG, oficinas temáticas com exposições dialogadas, dinâmicas de grupo e dramatizações sobre relações de gênero na sociedade de risco, comunicação interpessoal, cooperação e democratização nos processos de trabalho em saúde foram atividades que, tanto trabalharam conteúdos teórico-técnicos sobre o tema, ligados à

demanda do ‘saber fazer’, voltados para o aumento de ‘conhecimento’ e a aquisição de novas habilidades, como propiciaram a vivência de aspectos importantes nos processos educativos: a centralidade da ‘experiência’(sujeito constrói o conhecimento), a aprendizagem via problemas que geram ‘dúvidas’ (problematização) e, a experimentação do ‘sentido social’ das ações (Cunha, 2007; Moreira, 2002; Dewey, 1959) através de atividades que se valeram de uma proposta metodológica adaptada de ‘grupos de reflexão’ (Giffin, 2006; Simões-Barbosa , Giffin, 2007).

Na experiência piloto de PA aplicada ao cotidiano dos serviços de saúde aqui analisada, o resgate da ‘mentalidade ou sentido social’ perpassou, praticamente, todo o processo. Em atividades individuais e grupais diversas, pautadas pelo estímulo à reflexão, cooperação e solidariedade, de ‘vocação’ ativa, privilegiou-se a problematização e a potencialização do trabalho em grupo, via equipe multidisciplinar e, na medida do possível, buscando a articulação intersetorial dos serviços (incluindo aqui o núcleo de pesquisa/academia e os parceiros da rede de violência), tal como recomendado nas propostas de integralidade da atenção em saúde no SUS (Pinheiro, 2006), nas redes de atenção à violência (Oliveira, 2002), e nos estudos de revisão sobre a incorporação da temática da violência na formação e atenção em saúde (Ramsay, Rivas, Feder, 2005; Hamberger, 2007).

Sabe-se que este trabalho em equipe e a construção de uma ‘mentalidade social’ não é simples, não se operacionaliza sem provocar e mediar conflitos e necessita, para sua realização, de um exercício que se dê: “por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação”(Peduzzi, 2006, p.273).

No caso dos profissionais de saúde investigados, nem em sua formação inicial, nem na prática profissional observou-se a participação em processos formais de ensino-aprendizagem, que privilegiassem a construção e reconstrução deste ‘saber’ coletivizado, de caráter interdisciplinar e de mentalidade social, embora as diretrizes curriculares de muitos cursos, como no caso da medicina, demandem tal formação ou perfil:

O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (Brasil, 2001).

Em sua forma global, o processo de ensino-aprendizagem deflagrado via a pesquisa-ação se aproximou da proposta de educação permanente, apresentada por Ceccim e Ferla (2006). Esta seria, para os autores, ao mesmo tempo, prática de ensino-aprendizagem (produção de conhecimento no cotidiano dos serviços) e política de educação na saúde (ensino que contribui à construção do SUS). Segundo os autores, uma invenção brasileira que requer, entre outros passos necessários para que se efetive: aceitar que as realidades não são dadas; organizar espaços inclusivos de debate e problematização; organizar redes de intercâmbio, estabelecendo interfaces; produzir informações de valor local. Colocam ainda, que tal proposição de educação permanente deve funcionar como instrumento de renovação, transformação, vivificação do serviço:

[...] a nova informação gera inquietação, interroga a forma como estamos trabalhando, coloca em dúvida a capacidade de resposta coletiva de nossa unidade de serviço? Se uma informação nos impede de continuarmos a ser o mesmo que éramos, nos impede de deixar tudo apenas como está e tensiona nossas implicações com os usuários de nossas ações, ela desencadeou educação permanente em saúde (Ceccim & Ferla, 2006, p. 110).

Como, porém, se operaria tal proposta? Que atores são considerados chave? Qual o papel dos centros de pesquisa e ensino nela? Neste sentido, é que tendemos a

apostar no uso estratégico da pesquisa-ação em processos de ensino-aprendizagem diferenciados: aqui, a própria metodologia já desenvolve uma estratégia de conhecimento e de ação e interpela seus atores-chave, a partir de uma determinada situação- problema e via uma experiência compartilhada coletivamente, a atuarem conjuntamente de modo tecnicamente organizado e socialmente responsável, com vistas ao crescimento e transformação pessoal, profissional e/ou institucional. As evidências e produtos gerados nos diferentes momentos e cenários do projeto se traduziram como vimos, nos processos de ‘visibilidade construída’ e ‘angústia compartilhada’ que tanto potencializaram saberes como ‘humanizaram’ e acolheram os profissionais, enfraquecendo a fronteira entre a injustiça e sofrimento associados ao problema da vpi na gravidez (re-dramatizando o que é banalizado, como sugerido por Dejours (2007), o que colaborou para mobilização coletiva e responsabilização de cada um e de todos para a intervenção sobre o problema (Rotina VDG).

#### **5.4- Interfaces na relação entre educação, trabalho e saúde no processo de pesquisa-ação aplicada aos serviços de saúde – Limites e desafios**

Na operacionalização da pesquisa-ação aos moldes de uma ‘educação permanente em saúde’, outras categorias-chave e campos de saber a elas associados (não tão focalizados no desenho original do Projeto VDG,) se revelaram extremamente importantes enquanto meios e indicadores de monitoramento para se avançar na organização do serviço para acolhimento da VPI: o ‘processo de trabalho’ na análise da relação entre educação, trabalho e saúde do trabalhador, foi uma delas.

O processo de trabalho em saúde foi o pano de fundo, esteve sempre presente nas situações e discussões abordadas no projeto: quer fosse em seus aspectos ligados ao plano da interação social envolvida na relação profissional - entre os profissionais saúde

e, entre estes trabalhadores e os ‘sujeitos-usuários’, quer fosse nos aspectos mais relacionados aos mecanismos institucionais para gestão do trabalho como horários, turnos, avaliação de desempenho, etc.( Peduzzi ,Schraiber, 2006).

A implantação da rotina de acolhimento da violência no serviço (a ‘tarefa’ comum à equipe) e os impasses vividos para a continuidade das atividades no período posterior às mudanças políticas na saúde (Artigo 4), funcionaram como ‘analísadores’, colocando em cena as relações sociais, os sofrimentos e defesas destes trabalhadores no processo de trabalho em saúde na conjuntura do neoliberalismo (e das exigências do ‘mercado’), desafiando pesquisadores e profissionais de saúde na busca de estratégias de superação dos limites e transformação da realidade encontrada.

A mobilização generalizada do ‘sofrimento’ naquele momento pareceu interromper aquilo que de mais original o grupo havia conseguido sustentar até então, ou seja, uma proposta diferenciada e participativa de produção de conhecimento (gestão da educação) e do processo de trabalho em saúde, o que ratifica que:

Diante do perigo da emergência do sofrimento (ou mesmo sua presença), a mobilização psicológica é muito mais forte em direção à construção de sistemas defensivos do que para a produção de conhecimento (Brito, Athayde 2003, p. 21)

Thiollent (1986) chama a atenção para a necessidade de que na intervenção acordada entre os atores de uma pesquisa-ação, o alcance das transformações almejadas seja sempre discutido. Quando os atores não conseguem mudar o que pretendem, o objetivo da investigação é redefinido. Naquele momento de mudanças estruturais, qualquer proposta de redefinição de objetivos e estratégias de ação, pelo menos sob o ponto de vista da pesquisadora responsável pela assessoria mensal, precisaria primeiramente acolher e intervir sobre o sofrimento daqueles trabalhadores e as defesas desencadeadas.

Diferentemente das propostas de pesquisa que têm como objetivo intervir sobre o processo de trabalho e a saúde do trabalhador (Brito, 2004), percebemos que na proposta de pesquisa-ação aplicada ao serviço de saúde alguns limites de intervenção neste campo temático se colocaram.

O fato de não haver mais nenhuma ‘institucionalidade’ nas ações do grupo de pesquisa, já que o projeto se encerrara e a assessoria técnica mantida foi acordada sob a ‘solicitação’ do grupo responsável pelo Programa VDG no hospital, deu visibilidade a outros impedimentos. A partir do momento em que esta demanda não mais se explicitou, limites éticos para o seguimento de uma intervenção não discutida ou acordada coletivamente se colocaram. Interrogamos: Seria diferente se a pesquisa-ação fizesse parte formalmente das estratégias da Política de Educação Permanente em Saúde local?

Além disso, consideramos que a dificuldade de delimitar os indicadores de ‘êxito’ ou, o que se esperava alcançar com as ações do projeto e do programa institucionalizado (uma rotina VDG instituída? Um processo coletivo de gestão da educação e do trabalho? A incorporação da investigação sobre vdg/vpi na história clínica da gestante?) e, também sobre o que o grupo identificaria como um ‘acolhimento qualificado’ da vdg na realidade do serviço, pode ter subdimensionado o esforço e o valor dos resultados alcançados.

## CAPÍTULO VI- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ‘VPI’, especialmente aquela que acontece no período gravídico-puerperal, no contexto da **‘transição de gênero’** na **‘sociedade de risco’**, é um problema social complexo que foge aos limites do modelo biomédico de curar doenças com condutas medicamentosas individuais, o que acaba contribuindo para sua atual ‘invisibilidade’ dentro dos serviços de saúde. É preciso ‘dialogar’ com os profissionais de saúde de modo a lançar luz sobre sua importante contribuição ao dar o primeiro passo no desencadeamento do que exige um esforço inter e multiprofissional (envolvendo médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, agentes comunitários) e intersetorial, através da articulação de uma rede de serviços (Delegacias, Instituto Médico Legal, Abrigos, Defensoria Pública, Centros de Referência para Mulheres em Situação de Violência, Núcleos de Pesquisa, Movimentos Sociais, Ongs, entre outros).

Nesta proposta, a identificação e o acolhimento dos casos nos serviços de saúde envolvem o acompanhamento dos problemas de saúde relacionados, a informação sobre os direitos das mulheres e os recursos psicossociais, jurídicos e de segurança disponíveis para as mulheres que decidem se confrontar com a situação vivida. Ao serem ‘acolhidas’, as mulheres podem ser ouvidas com respeito e solidariedade, conhecer seus direitos e os serviços disponíveis e traçar planos de segurança, quando for o caso.

Apreender esta complexidade e respeitar o direito das mulheres de agir - ou não - (deixar, ficar ou denunciar o parceiro, por exemplo), exige um processo no qual os profissionais de saúde tenham, igualmente, espaço para discutir e compartilhar suas próprias experiências e dúvidas com respeito ao problema e seu possível papel profissional, também num ambiente de acolhimento, compreensão e informação qualificada. Tais estratégias de expressão, escuta e acolhimento para mulheres - e

profissionais - podem prover insumos cruciais, abrir um caminho efetivo para ouvi-los e iniciar um trabalho com a violência doméstica dentro de um serviço ou programa de saúde, articulado aos demais serviços da rede e recursos comunitários disponíveis.

Consideramos que o uso da **pesquisa-ação se confirmou como uma ferramenta estratégica** no caminho da qualificação da atenção em saúde para acolhimento da violência entre parceiros íntimos na gravidez na realidade do serviço de saúde investigado, “dentro de uma perspectiva de investigação científica, concebida de modo aberto” (Thiollent, 1986, p.20), que buscou a ciência " enquanto crítica da realidade a partir da realidade que existe e com vista à sua transformação em outra realidade” (Koifman, Saippa-Oliveira, 2005:, p.113).

Esta forma de ‘experimentação’ em situação real, sem o pressuposto da neutralidade, colaborou no levantamento de informações cujo acesso seria difícil por meio de outros procedimentos não referidos a processos reflexivos e participativos, aumentando, portanto, nosso conhecimento sobre as percepções e práticas de profissionais de saúde sobre o problema da violência, sobre os limites e oportunidades no campo da formação e atuação profissional em saúde e, sobre indicadores qualitativos que comporiam um ‘acolhimento qualificado’ do problema nos serviços e demarcariam tanto ‘modelos político-pedagógicos’ mais ‘adequados’ à formação em saúde, como as ações necessárias à organização dos serviços frente ao tema da VPI.

A formação em saúde demandará, portanto, projetos político-pedagógicos de educação inicial e permanente em saúde, referidos a novos paradigmas de produção de conhecimento que articulem a educação, a saúde e o trabalho e integrem os processos de ensino, pesquisa e a assistência numa perspectiva mais crítica e participativa. Através de processos formais de ensino-aprendizagem que privilegiem a construção e reconstrução de um ‘saber’ coletivizado, de caráter interdisciplinar e de ‘mentalidade



social' (Moreira, 2002) que lancem mão de estratégias metodológicas baseadas na ação de problematizar que partam da realidade que cerca o sujeito na busca de explicações que possam transformar aquela realidade, contando para isto com a ação do próprio sujeito.

No limiar desta experiência, vislumbramos o 'ideal' deste processo de crescimento profissional-político no qual estes 'sujeitos-aprendizes-profissionais' se transformariam (e se fortaleceriam) neste processo de reflexão-ação-reflexão coletivo (Paulo Freire, 1996) e passariam a detectar continuamente, novos problemas na sua realidade, inclusive aqueles fora do âmbito clínico (médico- sociais, institucionais, políticos, etc.), de forma a incorporar a articulação permanente da gestão da educação à gestão do processo de trabalho em saúde.

Alguns dos 'referenciais' aqui ratificados, que fazem parte de nossa interpretação sobre a experiência, não existiam de forma tão clara no momento que propusemos o projeto VDG, ganhando visibilidade, sistematização e novo sentido, posteriormente, no processo de reflexão desta Tese.

**'Trabalho' e 'gestão'** foram categorias que ganharam centralidade a partir da experiência de pesquisa-ação para 'qualificação' profissional pautada por 'parâmetros coletivos e políticos' (Ramos, 2002, p. 407), na contramão dos valores individualistas e tecnicistas, valendo-se de espaços de discussão coletiva, para a cooperação e o reconhecimento no trabalho como elementos-chave na implantação de rotinas flexíveis e reflexivas, o que não significa um desejo simplista de 'união baseada na ausência de conflito' mas sim na gestão democrática das diferenças e contradições, considerando:

A gestão, como verdadeiro problema humano, advém por toda parte onde há variabilidade, história, onde é necessário dar conta de algo sem poder recorrer a procedimentos estereotipados. Toda gestão supõe escolhas, arbitragens, uma hierarquização de atos e de objetivos, portanto, de valores em nome dos quais essas decisões se elaboram. Ora, o trabalho nunca é totalmente expectativa do mesmo e repetição- mesmo que o seja em parte (Schwartz, 2004, p.23).

Finalmente, esperamos que este ganho de informação e conhecimento operado com a sistematização da experiência via os artigos nesta tese colabore no planejamento, desenvolvimento e avaliação de planos de ação e propostas para o enfrentamento da violência em nosso país, valendo-se dos mesmos enquanto princípios estratégicos para uma abordagem crítica de processos político-pedagógicos estruturantes quer seja nas políticas de humanização e de educação na saúde nos âmbitos de uma atenção integral à saúde da mulher e da gestão do processo de trabalho no SUS, especialmente, no que se refere à Educação Permanente em Saúde, quer seja no Plano de Políticas para as Mulheres, no que refere aos eixos temáticos de enfrentamento da violência e da atenção e promoção em saúde.

## CAPÍTULO VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMPLETAS DA TESE

AGENDE. **10 Anos da adoção da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, Convenção de Belém do Pará.** Agende Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento - Brasília: AGENDE 2004.

ALPERT EJ, TONKIN AE, SEEHERMAN AM, HOWARD, A. Family Violence Curricula in U.S. Medical Schools. **American Journal of Preventive Medicine.** 1998,14(4):273-282.

ANGULO-TUESTA AJ. **Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde.** Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1997.

ARCAS CC, ELLSBERG M. **Sistematización del proyecto de OPS: hacía un modelo integral de atención para la violencia intrafamiliar en Centroamérica** - Informe Final. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2001.

AYRES JRCM. Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade.** 2004, 13(3): 16-29.

BAKER NJ. Strategic footholds for medical education about domestic violence. **Academic Medicine.** 1995,70 (11): 982-985.

BECK U. **Risk Society: Towards a New Modernity.** London: Thousand Oaks; New Delhi: Sage ; 2005.

BOSI MLM, NETO FUS, FILHO AFA, JÚNIOR FFB, PINHEIRO MAA, TINOCO FAH. Aborto Provocado: O Ponto de Vista de Acadêmicos de Medicina de Uma Universidade Pública. **Cad Saúde Pública.** 2000, 8 (2): 41-54.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno Temático: **Prevenção de Violência e Cultura de Paz III.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008(a).(Painel de Indicadores SUS, 5).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do trabalho na Saúde/** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS – ProgeSUS /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006(a). 60p. (Série Cadernos ProgeSUS; 1)

BRASIL, D.O.U. **Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília: 8 ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico** - Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 158 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5).

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. 82p. ( Série C. Projetos, programas e relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, D.O.U. **LEI NO 10.778 DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003** – Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher

que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília: 25 nov. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Caderno de Atenção Básica, 8). (Série A. Normas e Manuais técnicos, 131).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes – norma técnica**. Brasília: Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1999/2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Resolução CNE/ CES Nº. 4. Brasília: 7 de novembro, 1-6, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000 f.18p.

BRITO J. Saúde do Trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: FIGUEIREDO M, ATHAYDE M, BRITO J e ALVAREZ D(orgs). **Labirintos do Trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A; 2004. p.91-114.

BRITO J e ATHAYDE M. Trabalho, educação e saúde: o ponto de vista enigmático da atividade. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. 2003, 1(2): 63-89.

CAMPBELL JC, COBEN JH, MCLOUGHLIN E, ET AL. An evaluation of a system-change training model to improve emergency department reponse to battered women. **Acad Emerg Med**. 2001, 8: 131–38.

CASTEL R. Da indigência à exclusão, à desfiliação. Precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI A (org.). **Saúde Loucura, n. 4** (Grupos e Coletivos). São Paulo: Hucitec; 1994. p. 21-48.

CECCIM RB, FERLA A. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA E LIMA (Orgs.) **Dicionário da Educação Profissional**. RJ: EPSJV/FIOCRUZ, 2006.p.107-111.

CHAUÍ M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Editora Ática; 2002.

CHAUÍ M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CHAUÍ M, CARDOSO R, PAOLI MC (orgs). **Perspectivas antropológicas da mulher**. Rio de Janeiro: Zahar; 1985. p.25-62.4v.

CHUMPITAZ V. **Percepções femininas sobre a participação do parceiro nas decisões reprodutivas e no aborto induzido**. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2003.

CORRÊA S. **Violência e os Direitos Humanos das Mulheres – A Ruptura dos Anos 90**. [Apresentação ao Seminário Nacional Violência Contra a Mulher e as Ações Municipais das Mercocidades Brasileiras no Instituto Brasileiro de Administração Municipal. Rio de Janeiro: 2001].

CUNHA MV da. **Democracia e educação: capítulos essenciais/ John Dewey**; apresentação e comentários Marcus Vinícius da Cunha. São Paulo: Ática; 2007.(Ensaio comentado)

DANTAS-BERGER SM. **Violência sexual contra mulheres: entre a (in)visibilidade e a banalização**. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2003.

DANTAS-BERGER SM, GOMES AP, LEAL A. Mudança na formação do profissional de saúde: Por Quê? Como? Para Onde? [Apresentado como Trabalho de Conclusão na Disciplina **Educação na Saúde: Abordagens Teóricas e Metodológicas para Estudo sobre a Formação Profissional**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. 2007 dez; Rio de Janeiro].

DANTAS-BERGER SM, GIFFIN K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cad Saúde Pública**. 2005, 21(2): 417-425.

DAVIDSON LL, GRISSO JA, GARCIA-MORENO C, GARCIA J, KING VJ, MARCHANT S. **Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine**. 2001, 10(10): 953-969.

DEJOURS C. **A Banalização da Injustiça Social**. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007(reimpressão).

\_\_\_\_\_. **Conferências Brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho**. São Paulo: Fundap: EAESP/FGV; 1999.

DESLANDES SF, GOMES R, SILVA CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**. 2000, 16 (1): 129-37.

DEWEY J. A Educação como Função Social. In: **Democracia e Educação**. São Paulo: Ed. Nacional; 1959. p. 11-24.

D'OLIVEIRA AFPL (org). **Violência, Gênero e Saúde**. São Paulo: 1997. [Apostila do Curso de Capacitação para o Atendimento a Mulheres em Situação de Violência - Coletânea de Textos. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP e Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde].

D'OLIVEIRA AFPL, SCHRAIBER LB. Violência Contra a Mulher: a pesquisa e a intervenção. **Revista Promoção da Saúde**. 2002, 6: 80-83.

DURAND JG, SCHRAIBER LB. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. **Rev. bras. epidemiol.** 2007, 10(3): 310-22.

ELLSBERG M, HEISE L. **Researching Violence against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists**. Washington DC, United States: World Health Organization, PATH; 2005.

FEDER G, HUTSON M, RAMSAY J, TAKET A. Women Exposed to Intimate Partner Violence: Expectations and Experiences When They Encounter Health Care Professionals: A Meta-analysis of Qualitative Studies. **Arch Intern Med**. 2006, 166 (1) p.22-37.

FREIRE P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**/Paulo Freire. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

FREITAS AL de. **Pedagogia do inédito-viável: contribuições de Paulo Freire para fortalecer o potencial emancipatório das relações ensinar-aprender-pesquisar**. [Apresentação ao V Colóquio Internacional Paulo Freire; 2005 set. 19-20; Recife, Brasil].

FRIGOTTO G, CIAVATTA M. Educar o trabalhador cidadão produtivo ou o ser humano emancipado? **Trabalho, Educação e Saúde**. 2003, 1 (1): 45-60.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. A mulher brasileira nos espaços público e privado. Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br/nop/mulheres/> . Acesso em 5-Mar- 2002.

GARCIA-MORENO C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. **Lancet**. 2002, 359(9316):1509-14.

GAULEJAC V. **As Origens da Vergonha/** Vincent Gaulejac- Tradução de Maria Beatriz de Medina. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria; 2006.

GIFFIN K. Financeirização do Estado, erosão da democracia e empobrecimento da cidadania: tendências globais? **Ciênc. saúde coletiva**. 2007, 12 (6): 1491-1504.

\_\_\_\_\_. A produção do conhecimento em um mundo 'problemático': Contribuições de um feminismo dialético e relacional. **Rev Estud Fem**. 2006, 14 (3): 635-654.

\_\_\_\_\_. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**. 2002; 18 (Suppl 1): S103-S112.

\_\_\_\_\_. Aborto provocado: o que pensam os médicos de quatro hospitais públicos do Rio de Janeiro; **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 1995, 4: 121-126.

GIFFIN K, DANTAS BERGER SM. Violência de gênero e sociedade de risco: uma abordagem relacional. In: TAQUETTE, S. (Org). **Violência contra a mulher adolescente-jovem**. Rio de Janeiro: Eduerj; 2007. p 55-60.

GIFFIN K, DANTAS-BERGER SM. **Violência Doméstica e Gravidez de Risco: Qualificando o Acolhimento**. Relatório Descritivo Final. CNPQ:Processo 50.5607/2004-2. (Relatório De Pesquisa). Rio de Janeiro: Núcleo de Gênero e Saúde. ENSP/Fiocruz, 2007a

GIFFIN K, CAVALCANTI C. Homens e reprodução. **Rev. Estud. Fem**. 1999, 7 (1,2): 53-71.

GOULART FA de A. **Políticas e Instituições de Saúde: o vivido, o percebido e o representado**. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1992.

GREGORI MF. As Desventuras do Vitimismo. **Rev. Est. Fem**. 1993, 1: 143-149.

GREGORI MF. **Cenas e queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; São Paulo: ANPOCS; 1993<sup>a</sup>.



HAGUETE TMF. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 11<sup>a</sup> ed. Petrópolis:Vozes; 2007.

HAMBERGER K. Preparing the next Generation of Physicians: Medical School and Residency-Based Intimate Partner Violence Curriculum and Evaluation. **Trauma, Violence & Abuse**, 2007; 8 (2): 214-225.

HEISE L, ELLSBERG M, GOTTEMOELLER M. Ending violence against women. **Popul Rep**.1999, 27:1-43.

HEISE L, PITANGUY J, GERMAIN A. **Violencia Contra La Mujer: La Carga Oculta sobre la Salud**. Washington, OPAS/OMS. 1994.

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION. **Fortaleciendo la repuesta del sector de la salud a la violencia basada en género**. Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo.USA-NY:IPPF/RHO 2004.

JASINSKI JL. Pregnancy and domestic violence: A review of the literature. **Trauma, Violence & Abuse**, 2004; 5(1): 47-64.

KOIFMAN L, SAIPPA-OLIVEIRA G. Produção de Conhecimento e Saúde. In: PINHEIRO R, CECCIM RB, MATTOS RA, organizadores. **Ensinar Saúde: A Integralidade e o SUS nos Cursos de Graduação na área de Saúde**.. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESQ:ABRASCO,2005( pp 111-130).

KRUG EG, DAHLBERG LL, MERCY JA, ZWI AB, LOZANO R, editors. **World Report on violence and health**. Geneva: World Health Organization; 2002.

KUENZER AZ. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros,professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**. 2004, 2(1):239-265.

LAGE AC. Da Subversão dos lugares convencionais de produção do conhecimento `a epistemologia de fronteira: Que metodologias podemos construir com os movimentos sociais? In: **Novos mapas para as Ciências Sociais e Humanas** (artigos pré-colóquio). E-cadernos-02/2008.Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/ecadernos/media/documentos/ecadernos2>. Acessado em 05 dez 2009.

LAURENTI R.; MELLO JORGE, MHP; GOTLIEB SLD. A Saúde Materna e Os Objetivos do Milênio. Revista Saúde.com (Online), v. 1, p. 3-10, 2007. Disponível em [www.revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/63/98](http://www.revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/63/98) , acessado em 11 set 2008.

LEAL MC. Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil[editorial]. **Cad. Saúde Pública**. 2008, 24 (8): 1724.

LUDERMIR AB, SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL, FRANÇA-JUNIOR I, JANSEN HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. **Social Science and Medicine**. 2008; 66 (4):1008-1018.

LUZ, M. **Conferência de Abertura**. In: BoletIN Integralidade em Saúde,set-2008. Disponível:<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=1031&sid=20>. Acesso em 13 abr 2010.

MARTINS, MFM. **Pesquisa bibliográfica na Medicina Baseada em Evidências**. Rio de Janeiro; 2008. [Apostila do curso de verão sobre Pesquisa bibliográfica – Pós-graduação - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca].

MATERNAL AND CHILD HEALTH JOURNAL. 2000; . Special Issue : **Violence and Reproductive Health** . 4 (2) . U.S.A: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

MCFARLANE J, CAMPBELL JC, SHARPS P, WATSON K. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. **Am Coll Obstet Gynecol** 2002; 100(1): 27-36.

MCFARLANE J, PARKER B, SOEKEN K. Physical abuse, smoking, and substance use during pregnancy: Prevalence, interrelationships, and effects on birth weight. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**. 1996, 25(4):313-20.

MENDES, CHF. **Vozes do silêncio: estudo etnográfico sobre violência conjugal e fertilidade feminina**. Tese (Doutorado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde [online]. Brasília; 2008. [capturado 22 set.2008]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>

MINSKY-KELLY D, HAMBERGER K, DEBORAH A. We've had training, Now what?: Qualitative analysis of barriers to Domestic Violence screening and referral in a health care setting. **Journal of Interpersonal Violence**. 2005, 20 (10); 1288-1309.

MINAYO MC de S, SOUZA E R de. É possível prevenir a violência? – reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**. 1999, 4 (1): 7-23.

MINAYO MC de S, DESLANDES SF, NETO OC, GOMES R. MINAYO MC de S (organizadora). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MORAES CL. Violência familiar na gestação entre mulheres atendidas na rede pública de saúde da cidade do Rio de Janeiro, Brasil: magnitude, características e grupos de risco. Resumo Versão Eletrônica. In: Artículos originales > Expertos de Iberoamérica > <http://siicsalud.com/dato/dat039/04729009.htm> (acesso em 13 set 2004).

MOREIRA COF. Socialização e hábito. In: **Entre o indivíduo e a sociedade: um estudo da filosofia da educação de John Dewey**. Bragança Paulista, SP: EDUSF; 2002.p.119- 161

MURPHY CC, SCHEI B, MYHR TL, DU MONT J. Abuse: risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. **Can Med Assoc J**, 2001, 164(11): 1567-72.

NASCIMENTO SOBRINHO, Carlito L et al . Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2006, 22(1):131-140 .

NOLASCO S. **A desconstrução do masculino**. Rio de Janeiro : Rocco; 1995.

OLIVEIRA, F. Atenção à violência contra a mulher : desafio para profissionais e serviços de saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. 2002, 9 : 12-24.

OLIVEIRA EM de, VIANNA LAC. Violência conjugal na gravidez. **Rev. Estud. Fem**. 1993, 1 (1): 162-165.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Promovendo a Maternidade Segura através dos Direitos Humanos**. OMS/RHR/01.5. Documento Ocasional. 2001.

OSATTIN A, SHORT LM. **Intimate partner violence and sexual assault: a guide to training materials and programs for health care providers**. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 1998.

PASCHE D. **A importância de inovar na gestão em saúde e cuidado.** In: BoletIN – Integralidade em Saúde, out-2009. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1163&sid=20>. Acesso em 13 abr 2010.

PASSOS EH, BENEVIDES RD. Humanização. In: PEREIRA E LIMA (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional.** RJ: EPSJV/FIOCRUZ, 2006. p. 153-8.

PEDUZZI, M. Trabalho em Equipe. In: PEREIRA E LIMA (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional.** RJ: EPSJV/FIOCRUZ, 2006.p.269-276.

PEDUZZI M, SCHRAIBER LB. Processo de Trabalho em Saúde.In: PEREIRA E LIMA (Orgs.).**Dicionário da Educação Profissional.** RJ: EPSJV/FIOCRUZ, 2006.p. 199-207.

PENNA LHG, TAVARES CM DE M, SOUSA ER. The importance of the insert of the thematic " violence against the woman " in the curriculum of nursing. Online Brazilian Journal of Nursing (OBJN – ISSN 1676-4285) v3, n.2, 2004 [Online] Available at: [www.uff.br/nepae/objn302pennaetal.htm](http://www.uff.br/nepae/objn302pennaetal.htm)

PINHEIRO, R. Integralidade em Saúde. In: PEREIRA E LIMA(Orgs.) **Dicionário da Educação Profissional.** RJ:EPSJV, 2006.p. 159-166.

RAMOS MN. A educação profissional pela pedagogia das competências e a superfície dos documentos oficiais. **Educ. Soc.** 2002, 23(80): 401-422.

RAMSAY J, RIVAS C, FEDER G. Interventions to reduce violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience partner violence: a systematic review of controlled evaluations. Final Report. Center for Health Sciences, Queen Mary's School of Medicine and Dentistry. Barts and the London. London, 2005.

REASON P. Three Approaches to Participative Inquiry. In: Denzin, N. **Handbook of Qualitative Research.** Thousand Oaks: Sage, 1994.p.324-339

REICHENHEIM ME, PATRICIO TF, MORAES CL. Detection intimate partner violence during pregnancy: awareness-raising indicators for use by primary healthcare professionals. **Public Health.** 2008, 122 (7): 716-724.

REICHENHEIM, ME, MORAES CL, SZKLO A, HASSELMANN MH, SOUZA ERD, LOZANA JDA, FIGUEIREDO V. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. **Cad. Saúde Pública.** 2006, 22:425-437.

RIBEIRO EC de O. Educação Permanente em Saúde. In: MARTINS JJN, REGO S, LAMPERT JB, ARAÚJO JGC de, organizadores. **Educação Médica em Transformação: Instrumentos para a Construção de Novas Realidades.** São Paulo: Hucitec; 2004.p. 285-303.

RIZZOTTO MLF. Neoliberalismo em Saúde. In: PEREIRA E LIMA (Orgs.) **Dicionário da Educação Profissional.** RJ:EPSJV/FIOCRUZ, 2006. p. 173-7.

ROVI S, MOUTON C. Domestic Violence Education in Family Practice Residences. **Family Medicine.** 1999, 31( 6): 398-403.

SAGOT M. A Rota Crítica da Violência Intrafamiliar em Países Latino-americanos. In: MENEGHEL S, org. **Rotas Críticas- Mulheres Enfrentando a violência.** São Leopoldo: Editora Unisinos; 2007. p. 23-50.

SCHMIDT, M L. S. Pesquisa participante e formação ética do pesquisador na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** 13(2):391-398, 2008.

SHORT LM, JOHNSON D, OSATTIN A. Recommend components of health care provider training programs on intimate partner violence. **American Journal of Preventive Medicine.** 1998, 14(4): 283-288.

SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL, COUTO MT. Violência e Saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da Violência Contra a Mulher. **Cad Saúde Pública.** 2009, 25 Sup 2: S205-S216.

SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL, COUTO MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev. Saúde Pública.** 2006, 40 ( N ESP): 112-20.

SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL, FALCÃO MTC, FIGUEIREDO WS. **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos.** São Paulo: Editora UNESP, (Saúde e Cidadania); 2005.

SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL (orgs.). **Violência Contra a Mulher e Saúde no Brasil- Estudo Multipaíses da OMS sobre saúde da mulher e violência doméstica.** [ encarte principais resultados]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL, 1999. Violência contra as mulheres: interfaces com a saúde. **Interface-Comunic, Saúde, Educ.** 1999, 3(5):11-27.

SCHWARTZ Y. Trabalho e Gestão: níveis, critérios, instâncias. In: FIGUEIREDO M, ATHAYDE M, BRITO J E ALVAREZ D(orgs). **Labirintos do Trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo.** Rio de Janeiro: DP&A; 2004. p.23-33.

SILVA RF, SÁ-CHAVES I. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. **Interface-Comunic, Saúde, Educ.** 2008, 12 (27):721-34.

SILVÉRIO MR, PATRICIO ZM. O processo qualitativo de pesquisa mediando a transformação da realidade: uma contribuição para o trabalho de equipe em educação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva.** 2007, 12 (1): 239-246.

SIMÕES BARBOSA RH. Avaliação Qualitativa de um Programa de Assistência à Saúde de Gestantes HIV+: a dialética da reprodução e da resistência de profissionais de saúde às ideologias médica e de gênero. In: BOSI MLM. e MERCADO FJ, (orgs). **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2006; p. 313-346.

SIMÕES BARBOSA RH, GIFFIN K. Gênero, saúde reprodutiva e vida cotidiana em uma experiência de pesquisa-ação com jovens da Maré, Rio de Janeiro. **Interface. Comunic., Saúde e Educ.** 2007, 11(23): 549-567.

SOARES GS. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados; **Cad. Saúde Pública.** 2003, 19(Sup2):S399-406.

SPINK MJ. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cad. Saúde Pública.** 1993, 9(3): 300-308.

SUÁREZ M, BANDEIRA L(orgs). Introdução a violência, gênero e crime no Distrito Federal. In: **Violência, Gênero e Crime no Distrito Federal.** Brasília: Paralelo 15, Editora UnB. p. 13-26.

TEMPSK P, BORBA M. O SUS como escola. **Rev Bras Educ Médica.** 2009, 33 (3): 319-320.

THIOLLENT M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez: Autores Associados; 1986.

THIOLLENT M (org). O Processo de Entrevista. In: **Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete operária**. São Paulo: Editora Polis ;1982. p.79-99.

VELZEBOER M. **Violence against women: the health sector responds**. Washington, D. C.: PAHO; 2003.

VICENTE L de M, VIEIRA EM. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de Medicina e médicos residentes. **Rev Bras Educ Méd**. 2009,33(1): 63-71.

WATHEN CN, MACMILLAN HL. Interventions for violence against women: scientific review. **JAMA** 2003, 289: 589–600.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority**. Geneva: WHO; 1996.

ZANOTTO MA do C, DE ROSE TMS. Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua. **Educação e Pesquisa**. 2003, 29(1): 45-54.

## **Anexos**



**Anexo 1 – Roteiro de Entrevista Semi-estruturada com Profissionais de  
Saúde (Projeto VDG – NGS/ENSP-FIOCRUZ) .**

*ROTEIRO ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA*

**PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENVOLVIDOS NO ATENDIMENTO DE PRÉ-NATAL E PARTO**

DATA: \_\_\_\_\_  
N.º/ CÓDIGO DA ENTREVISTA: \_\_\_\_\_  
HORÁRIO DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO DA ENTREVISTA \_\_\_\_\_:  
ENTREVISTADOR(A): \_\_\_\_\_

**I) APRESENTAÇÃO GERAL DO PROJETO**

**II) TERMO DE CONSENTIMENTO**

**III). DADOS PESSOAIS E INSTITUCIONAIS DO(A) ENTREVISTADO(A)**

a. Sexo: F ( ) M ( )

b. Idade:

c. Cor declarada:

d. Estado civil atual:

Se unida/casada, tempo de união:

Uniões ou casamentos anteriores:

e. Filhos? ( ) Sim ( ) Não

Quantos ? Sexo, idade:

Netos? ( ) Sim ( ) Não

Quantos ? Sexo, idade:

f. Profissão:

g. Função e setor de trabalho atual no Hospital:

h. Tipo de vínculo trabalhista e carga horária:

i. Outras atividades profissionais (passadas e atuais):

**IV) EXPLORAÇÃO TEMÁTICA**

**A) FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

1. Onde estudou e em que ano você se formou? Fez algum curso de pós-graduação?
2. Há quantos anos você exerce esta profissão?
3. Há quantos anos trabalha no Hospital?

4. Em que programas ou setores do Hospital, você já trabalhou? Há quanto tempo está no setor atual?
5. Em média, quantas gestantes você atende por semana? Que tipo de atenção presta? Que casos destacaria como sendo mais “fáceis” e mais “difíceis” de lidar? Por que?
6. Como você avalia suas condições de trabalho aqui? (anotar maiores dificuldades, maiores vantagens). Você teria alguma sugestão para melhorar o trabalho neste setor?

#### **B). PERCEPÇÕES SOBRE VIOLÊNCIA E GÊNERO**

7. Como você percebe as mudanças que vêm ocorrendo nas relações entre homens e mulheres?
8. Para você, o que seria violência contra a mulher?
9. Pensando nos tipos de violência que homens e mulheres vivem e cometem/provocam: existe diferença? Quais seriam e por que?
10. Na sua opinião, quais seriam os principais motivos ou causas para a violência que alguns homens praticam contra suas parceiras ou esposas?
11. Na sua vida pessoal, a violência lhe preocupa ou já lhe preocupou? Em que sentido?

#### **C). ATUAÇÃO DIANTE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL CONTRA MULHERES: CONHECIMENTOS, PERCEPÇÕES E ATITUDES QUE ORIENTAM A PRÁTICA DOS E DAS PROFISSIONAIS.**

12. No dia a dia do trabalho aqui, você tem suspeitado de casos de violência contra mulheres? De que tipo - sexual, psicológica, física? No que diz respeito às grávidas, tem alguma especificidade que lhe chame a atenção?
13. Com que frequência você tem suspeitado de casos de violência doméstica e sexual contra gestantes?  
 Nunca .  
Comentários:
- Às vezes  
Comentários:
- Frequentemente  
Comentários:
14. As mulheres que sofrem violência doméstica costumam declarar isto na consulta ou atendimento que presta? Por que?
15. Caso tenha atendido alguma mulher que relatou espontaneamente ou denunciou a violência doméstica vivida, poderia me contar o que aconteceu na consulta/atendimento?
16. Quando as mulheres não relatam, o que o (a) levaria a pensar ou suspeitar que se trata de uma mulher em situação de violência?(aspectos clínicos e outros)  
OBS: (investigar também algum dado relacionado à saúde dos bebês, o tipo de família e de relacionamento conjugal observado, etc)

17. Para exemplificar em termos de sua rotina, poderia me contar mais detalhadamente o que aconteceu na consulta/atendimento no(s) caso(s) em que a mulher não falou sobre ou denunciou a violência mas, que você suspeitou?)  
(dúvidas, medos, condutas, aconselhamentos, encaminhamentos. Anotou na história clínica?  
Perguntou quem bateu nela? Discutiu o caso com alguém da equipe?)
18. \*Se não atendeu nenhuma mulher que denunciasse a violência: O que você diria e faria em termos de conduta profissional, a uma mulher que declara ter sido agredida pelo parceiro? E àquelas que sofreram uma violência sexual por homens desconhecidos?  
(\*essa pergunta só nos casos em que os profissionais dizem que nunca atenderam mulheres em situação de violência)
19. Alguma vez prestou algum tipo de atendimento ou orientação aos homens/parceiros? Alguma vez desconfiou da possibilidade do mesmo ser agressivo ou violento com a família? Já teve que lidar com algum caso em que a violência doméstica estivesse presente – com homens agressores, crianças vítimas de maus –tratos e abuso, etc? O que você fez ou faria nesses casos?

**D) INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO EM VIOLÊNCIA NA SAÚDE / ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL, AO PARTO E PUERPÉRIO E FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE**

20. Você acha que o trabalho neste serviço de saúde vem sendo afetado pela violência em geral? E pela violência doméstica? Como?
21. Considera que a violência contra a mulher chega a ser um problema para a saúde da mulher? Por que? E na saúde da gestante e do bebê? Que efeitos ou conseqüências destacaria?
22. Você acha que, de forma rotineira (anamnese) deveria ser perguntado para as gestantes se o companheiro alguma vez bateu nela ou a agrediu de alguma forma? Por que? Como imagina que poderia ser esta abordagem – quem faria, em que momento?
23. Vamos supor, se houvesse, então, uma proposta de se incorporar uma pergunta /abordagem sobre a violência doméstica nas consultas do pré-natal (ou da maternidade), você poderia me citar alguns motivos para que o profissional se sentisse limitado a perguntar para a mulher se ela sofre ou já sofreu violência? O que, para o profissional, poderia ser um fator impeditivo?
- [ ENTREVISTADORA EXPLORAR CASO A PESSOA ENTREVISTADA NÃO COLOQUE ESPONTANEAMENTE: :  
a)limites de tempo;  
b)espaço físico;  
c) descrédito quanto aos benefícios para a mulher;  
d)considerarem tema íntimo , do casal;  
e) entendimento de que outros agravos em saúde seriam mais urgentes e /ou necessários;  
f) recursos de seguimento no serviço e na comunidade;  
g) medo de represália do agressor;  
h) medo de envolvimento posterior em processos legais;  
i) Se sentirem pouco preparados para essa abordagem
24. Que tipo de formação ou atitude profissional poderia facilitar que a mulher torne pública uma violência doméstica ?
25. Em sua formação profissional, alguma vez, a questão da violência contra mulheres foi abordada? Quando? (SEMPRE investigar se a unidade já ofereceu algum treinamento ou formação para tal)

26. Para você, existiriam categorias profissionais e especialidades chaves – aqui neste serviço e fora dele - a serem envolvidos nesta atenção? Ou não?
27. De que forma você vê a questão da notificação da violência contra mulheres pelo serviço de saúde?
28. Acha possível que os serviços de saúde possam desenvolver alguma ação de prevenção nos casos de violência doméstica?

**E) PARCERIAS, RECURSOS E NORMAS CONHECIDAS, DISPONÍVEIS OU DEMANDADAS PARA O ATENDIMENTO EM VIOLÊNCIA NO SERVIÇO**

29. Você conhece alguma instituição, serviço, programa, ou projeto que presta atendimento a mulheres em situação de violência?
30. Sabe dizer se existe neste serviço alguma listagem de serviços que auxilie nas referências e encaminhamentos?
31. Existe algum manual, norma técnica ou protocolo de atenção a mulheres em situação de violência nesta instituição?
32. Existe alguma forma já instituída de se acompanhar as referências e encaminhamentos realizados?
33. E quanto ao sistema de notificação de casos de violência no serviço? Que tipo de informações ou legislações estão disponíveis ou sendo abordadas?
34. Poderia citar alguns temas que deveriam ser incorporados em futuros treinamentos voltados para a atenção integral a mulheres e gestantes em situação de violência?

**F) OPINIÕES LIVRES, SUGESTÕES:**

**G) AGRADECIMENTOS**

<sup>1</sup>Modelo de roteiro inspirado, adaptado e/ou ampliado a partir de instrumentais utilizados nos seguintes estudos :

- ANGULO-TUESTA AJ. Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1997.
- INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION. Fortaleciendo la repuesta del sector de la salud a la violencia basada en género. Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo.USA-NY:IPPF/RHO 2004.

**Hora de término da entrevista: \_\_\_\_\_**

## Anexo 2- Termo de Consentimento – Profissionais de Saúde

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Profissional de Saúde)

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “ *Violência Doméstica e Gravidez de Alto-Risco : Qualificando o Acolhimento no Pré-natal*”. Você foi selecionado(a) para participar de nosso estudo por fazer parte da equipe que presta atendimento às gestantes que buscam o Ambulatório de Pré-natal e/ou a Maternidade do Hospital ..... Sua participação não é obrigatória. Esteja ciente de que tem total liberdade para interromper a sua participação na entrevista ou na pesquisa a qualquer momento, sem punição ou qualquer tipo de prejuízo para sua pessoa, tanto no contato com a pesquisadora como no trabalho que desenvolve neste Hospital . Sua participação no estudo não envolverá nenhum gasto, mal-estar ou alteração em sua rotina, bem como não trará benefícios diretos para você.

O objetivo desta pesquisa é estudar o ponto de vista das mulheres e dos profissionais de saúde sobre comportamentos violentos observados ou vividos no relacionamento entre homens e mulheres na relação conjugal, para entendermos melhor a relação entre a violência conjugal e a saúde da mulher gestante e do bebê e produzirmos conhecimentos que ajudem na implantação de um modelo de detecção e atendimento de casos de violência doméstica na gravidez no pré-natal.

De acordo com os esclarecimentos e informações prestados pela pesquisadora, minha participação na pesquisa se dará através de uma entrevista onde responderei livremente a perguntas sobre o tema em questão, sendo prevista a gravação da mesma em fita de áudio(som), caso eu concorde.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação e de outras pessoas que possam ser citadas. Os dados não serão guardados nem divulgados de forma a possibilitar sua identificação, pois usaremos nomes fictícios para representar cada uma das pessoas entrevistadas. Todo material da pesquisa será arquivado no Núcleo de Gênero e Saúde(NGS/ENSP).

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar

\_\_\_\_\_  
Nome por extenso e Assinatura da(o) participante

\_\_\_\_\_  
Sônia Dantas - Pesquisadora Núcleo de Gênero e Saúde .  
E-mail: [sdantas@ensp.fiocruz.br](mailto:sdantas@ensp.fiocruz.br)  
Departamento de Ciências Sociais. Escola Nacional de Saúde Pública -FIOCRUZ  
Rua Leopoldo Bulhões, 1480- sala 929- Manguinhos- Rio de Janeiro – RJ . CEP 21041-210  
Tel.: (21) 2598 2650/ 2598 2636 / 2598 2644 . Fax: (21) 2598 2779  
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP : telefone: 2598-2570. E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_.



**SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
HOSPITAL ESTADUAL .....

**FICHA DE DETECÇÃO DE VDG**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Pront.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Setores: ( ) Pré-Natal ( ) Maternidade

**Introdução:**

Devido aos maus-tratos e violência serem tão comuns na vida das mulheres, até mesmo durante a gravidez, podendo trazer complicações para a saúde da mãe e do bebê, estamos fazendo algumas perguntas a todas as pacientes atendidas neste serviço. O hospital possui profissionais preparados para ouvir e ajudar a essas mulheres

1) Você já se sentiu agredida? Por exemplo: ameaçada, humilhada, agredida fisicamente ou forçada a ter relações sexuais.

( ) Sim ( ) Não

2) Por quem?

( ) companheiro / marido ( ) outros

3) Quando?

( ) infância ( ) gravidez atual ( ) vida conjugal

4) Como foi a agressão?

( ) física ( ) psicológica ( ) sexual

---

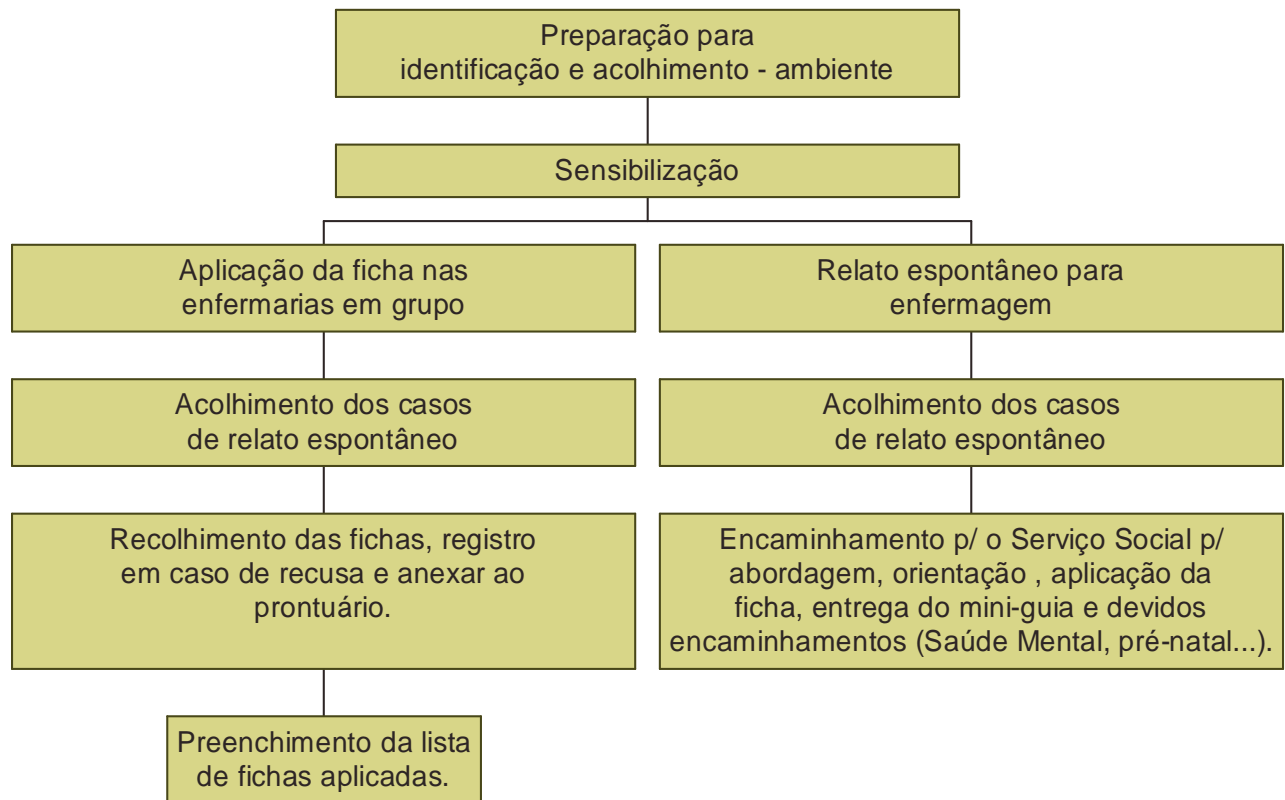
---

---

---

---

Anexo 4 – Proposta Inicial de Fluxograma/Rotina VDG da Unidade Materno-Infantil do Hospital – Maternidade / Internação



Anexo 5 – Proposta Inicial de Fluxograma/Rotina VDG da Unidade Materno-Infantil do Hospital – Ambulatório Pré-natal

