

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde

Antonia de Jesús Angulo-Tuesta

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação como requisito à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora

Profª Drª Karen Giffin

Co-orientadora

Profª Suely Ferreira Deslandes

RIO DE JANEIRO
SETEMBRO, 1997

Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde

INDICE

Dedicatória	i
Agradecimentos	ii
Resumo	iv
Abstract	v
CAPÍTULO I	
Introdução	1
Justificativa da pesquisa	4
Definição do objeto de estudo	6
CAPÍTULO II	
A VIOLÊNCIA SOCIAL E A VIOLÊNCIA DE GÊNERO NA AGENDA DA SAÚDE PÚBLICA	
2.1 O impacto da violência social no campo da saúde pública	8
2.2 A violência de gênero no âmbito doméstico: uma realidade na saúde pública	10
CAPÍTULO III	
MARCO TEÓRICO E CONCEITUAL	
3.1 A violência de gênero no âmbito doméstico: conceitos e abordagens do problema	16
3.1.1 Conceitualização da violência de gênero	16
3.1.2 Contribuições teóricas sobre a violência de gênero	20
3.2 A atuação dos serviços públicos de saúde diante da violência de gênero no âmbito doméstico	25
3.3 Representações sociais e as mediações para a violência de gênero	30

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS DA PESQUISA	36
-----------------------	----

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	37
-----------------------------	----

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

6.1 A percepção da violência em geral	50
6.1.1 A percepção dos profissionais do Rio de Janeiro	51
6.1.2 A percepção dos profissionais do Programa Médico de Família	54
6.1.3 A percepção dos profissionais sobre a magnitude da(s) violência(s)	58
6.2 As relações de gênero	63
6.2.1 Mudanças nas relações de gênero	65
6.3 A percepção da violência contra a mulher no âmbito doméstico	71
6.3.1 As explicações dos profissionais sobre as causas da violência contra a mulher no âmbito doméstico	73
6.4 Atuação profissional diante da violência contra a mulher no âmbito doméstico	81
6.4.1 A suspeita e/ou identificação de mulheres em situações de violência	81
6.4.2 Frequência da suspeita e/ou identificação de mulheres em situações de violência	88
6.4.3 Atuação diante dos casos identificados de mulheres em situações de violência	90
6.5 As dificuldades para identificar e atuar diante da violência contra a mulher no âmbito doméstico	96
6.6 Papel dos serviços de saúde e possibilidades de atuação diante da violência contra a mulher no âmbito doméstico	108
6.6.1 Papel dos serviços de saúde	108
6.6.2 As possibilidades de atuação dos serviços de saúde para os profissionais do Rio de Janeiro	112

6.6.3 As possibilidades de atuação dos serviços de saúde para os profissionais do Programa Médico de Família	114
6.7 As possibilidades dos serviços de saúde para desenvolver ações de prevenção	118
6.8 Conseqüências da violência contra a mulher no âmbito doméstico para a saúde.	122
CAPÍTULO VII	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
CAPÍTULO VIII	
BIBLIOGRAFIA	133
CAPÍTULO IX	
ANEXOS	139

*A José, por su gran ternura,
por aceptar con esperanza y riesgo
ser compañeros
en continua construcción.*

*A Gabriela, hija querida,
por permitirme ver el mundo
nuevamente, de diversas formas,
através de sus miradas, sus juegos,
sus palabras. Por su presencia.*

AGRADECIMENTOS

Às grandes mulheres da minha família: Flor mãe, Flor filha, Marina, Elvira, Rosario, que fazem me sentir que sou filha de muitas mães, por ensinar-me com ternura e firmeza a empreender caminhos de liberdade e solidariedade. Pela companhia e o estímulo permanente.

Ao meu pai (in memoriam) pela sua lembrança calma, sincera e generosa.

À Margareth e Gilda, carinho especial, por confiar-me a suas experiências de vida e mostrar-me com sensibilidade alguns caminhos para a atuação nessa área.

Aos amigos, minha família brasileira, Márcia Valéria, Leandro, Cláudia Menezes, Flávia Tavares, Eduardo Stotz, Víctor Valla, pelo carinho e a constante presença que me ajudam a sentir que não sou “uma moça latinoamericana sem parentes importantes” nesta etapa da minha vida.

À Gladys Miyashiro, amiga querida, de longos anos, pela sua generosidade, sua força, sua escuta e companhia terapêutica.

À Karen Giffin, apreço especial, por acompanhar-me e ensinar-me a fascinante tarefa dos descobrimentos que tornam-se realidades para ser conhecidas e por sua solidariedade e força de espírito que nos levaram a cultivar uma bela amizade.

À Suely Deslandes por sua orientação competente e presente nos momentos necessários.

Aos diretores, coordenadores de programas e presidentes dos centros de estudo dos Centros de Saúde Manoel José Ferreira e João Barros Barreto do Rio de Janeiro, que aceitaram com simpatia a realização do trabalho de campo nessas unidades, mostrando-se cooperativos para mediar contatos com os profissionais de saúde.

À coordenadora geral, às coordenações de áreas, especialmente, Pedro Lima e Denise Figueiredo do Programa Médico de Família em Niterói, que acolheram com muitas expectativas esse projeto, oferecendo-me a sua disponibilidade que me permitiu conhecer as

esperanças e desafios dos profissionais. Este esforço de mostrar-me essa experiência foi importante para suavizar a árdua tarefa do trabalho de campo.

Aos profissionais de saúde que gentilmente cederam seu tempo e se dispuseram a compartilhar comigo suas idéias, suas esperanças e algumas frustrações do cotidiano do seu trabalho.

À Leticia Vermelho e Otávio Cruz Neto pela cuidadosa leitura da dissertação e pelas contribuições importantes para a compreensão desta temática.

À Márcia Skaba, do curso do mestrado, com quem compartilhamos, em diversos momentos, as preocupações e angústias colocados por nossos objetos de estudo, esperando contribuir para a reflexão de alternativas diante desta problemática.

À secretaria acadêmica da ENSP, especialmente a Cecília Gomes da Cruz, pelo importante apoio e estímulo desde minha chegada à Escola.

RESUMO

A violência de gênero no âmbito doméstico é um fenômeno extremamente complexo, que perpassa as classes sociais, os grupos étnicos-raciais e as diferentes culturas de inúmeras famílias brasileiras. As mulheres em situações de violência procuram frequentemente atendimento nos serviços de saúde por agravos à saúde física, à saúde reprodutiva e à saúde mental relacionados direta ou indiretamente com a violência. Entretanto, os profissionais de saúde tem sérias dificuldades para identificar esse fenômeno, inclusive quando as mulheres apresentam severos danos a sua saúde e na ampla maioria dos casos em que se suspeita de violência, estes não são investigados. Considerando a importância da participação ativa dos serviços de saúde, esta pesquisa visa analisar as representações dos profissionais de saúde sobre a violência de gênero no âmbito doméstico e da forma como essas representações influenciam a visão destes profissionais acerca do papel dos serviços públicos do setor, diante desse tipo específico de violência.

As questões básicas que a pesquisa busca responder são: como os profissionais de saúde percebem a questão da violência contra a mulher? será que eles consideram essa realidade como um “problema privado” e que “em briga de marido e mulher ninguém mete a colher”? qual a prática atual dos profissionais perante mulheres em situação de violência? de que maneira as dificuldades relacionadas com a organização de serviços, o tipo de inserção nos programas de saúde e a escassa experiência de atuação diante da violência doméstica estão influenciando as propostas desses profissionais sobre o papel do seus próprios serviços?

Para compreender a complexidade dessa temática, adota-se como referencial teórico a categoria de GÊNERO, que postula a construção histórica das relações sociais entre os sexos e a REPRESENTAÇÃO SOCIAL que analisa a construção do sujeito enquanto sujeito social, articulando elementos afetivos, mentais, integrando a cognição, a linguagem e a comunicação às relações sociais que afetam as representações sociais e à realidade material sobre a qual elas intervêm.

Adotou-se a metodologia qualitativa e desenvolveram-se 30 entrevistas semi-estruturadas com profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem e psicólogos) inseridos em dois modelos de atenção primária (Centros de Saúde do Rio de Janeiro e no Programa Médico de Família em Niterói).

A partir da análise da fala dos sujeitos desta pesquisa discute-se a prática dos profissionais, as dificuldades para identificar e atuar diante deste fenômeno e, as possibilidades de atuação que podem ser consideradas em alternativas para contribuir junto com as mulheres a enfrentar e superar a violência doméstica. Os resultados apontam que as diferenças encontradas em ambos modelos de atenção está fortemente associada à organização desses serviços, definindo práticas que favorecem ou dificultam a abordagem integral da violência de gênero. Nesse sentido, existe a necessidade de capacitar os profissionais e acompanhar suas ações permanentemente assim como construir respostas interdisciplinares e intersetoriais.

Palavras chaves: violência contra a mulher; serviços de saúde e violência doméstica; atuação e violência doméstica; violência intrafamiliar.

Abstract

Domestic gender-based violence is an extremely complex phenomenon cutting across social classes, ethnic/racial groups, and different cultures in a large number of Brazilian families. Women living in violent relationship frequently seek treatment at health care facilities because of damage to their physical, reproductive, and mental health related directly or indirectly to violence. However, health professionals have serious difficulty in identifying this phenomenon, even when the woman's health is severely jeopardized. The vast majority of suspected cases of violence are not investigated.

Considering the importance of active participation by health services, this study focuses on health care professionals' representations concerning domestic gender-based violence and the way these representations influence their view of the role of public health care services towards this specific type of violence.

The basic questions the research aims to answer are the following: how do health care professionals perceive the issue of violence against women? do they consider this reality a "private matter", and do they agree with the Brazilian saying that "it takes two to fight, so don't break one up between husband and wife"? what is the current stance by health care professionals towards women subject to violence? how are the difficulties related to organization of health care services, type of participation, and limited experience in dealing with domestic violence influencing these professionals' proposals towards the role of their own health care facilities?

In order to understand this issue's complexity, the basic theoretical references for this research are the GENDER category, proposing the historical construction of social relations between the sexes, and that of SOCIAL REPRESENTATION, which analyzes the construction of the subject as a social subject, linking affective and mental elements, integrating cognition, language, and communications with the social relations that affect social representations and the material reality in which they intervene.

The research use a qualitative methodology, developing 30 semi-structured interviews with health care professionals (physicians, nurses, social workers, nursing aids, and psychologists) working in two primary health care models (Public Health Centers in the city of Rio de Janeiro and the Family Physician Program in the city of Niterói).

Based on an analysis of the interviewees' discourse, the study discusses the health care professionals' practice, difficulties in identifying and intervening on this phenomenon, and possibilities for working together with women as alternatives to help confront and overcome the problem of domestic violence.

The results suggest that the differences between the two health care models are heavily correlated with the way they are organized, establishing practices that favor or hinder an integral approach to gender-based violence. In this sense, there is a real need to train these professionals and monitor their activity on an on-going basis, as well as to develop interdisciplinary and intersectorial approaches.

Key words: violence against women; physicians and domestic violence; clinical violence intervention

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

A violência social passa a ser reconhecida como parte da agenda da Saúde Pública a partir dos anos 90, fundamentalmente, pelo crescente número de mortes e traumas que provoca na sociedade. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 1994, priorizou este tema, na elaboração do seu plano de ação regional, instando os governos a executar ações interinstitucionais a fim de prevenir as conseqüências fatais e os agravos à saúde relacionados à violência. Este reconhecimento também se observa no caso da violência de gênero no âmbito doméstico (OPS, 1994).

Nossa pesquisa insere-se na área temática da violência e saúde. Especificamente, buscamos aprofundar o estudo da relação entre a violência de gênero no âmbito doméstico e a atuação do setor saúde diante deste problema.

A violência contra a mulher “*é um fenômeno extremamente complexo, com raízes profundas nas relações de poder baseadas no gênero, na sexualidade, na auto-identidade e nas instituições sociais*” (Heise et al., 1994:41). É esta uma realidade que perpassa todas as classes sociais, os grupos étnicos-raciais e as diferentes culturas. Nesse sentido, Saffioti e Almeida (1995a) afirmam que se trata de fenômeno democraticamente distribuído, ao contrário, do que acontece com a distribuição da riqueza.

Apesar disso, existem sérias dificuldades para se conhecer a real magnitude deste problema, principalmente, porque este é considerado como uma questão do mundo privado e individual. Dessa forma, o problema da violência de gênero “naturaliza-se” e banaliza-se pela tradição social marcada pelas relações hierárquicas de gênero.

No entanto, diversos estudiosos no campo das ciências sociais e da saúde demonstram-nos a relevância deste fenômeno, que se expressa no cotidiano de um grande número de famílias brasileiras. As conseqüências se traduzem em uma série de agravos à saúde física, à saúde reprodutiva e à saúde mental das mulheres e, não em poucos casos, elas são fatais (Soares et al., 1996; Saffioti e Almeida, 1995a; Saffioti, 1994a; Moreira et al., 1992).

Os serviços de saúde frequentemente confrontam-se com esta realidade, nos casos em que as mulheres procuram atendimento nestes serviços, por problemas de saúde relacionados direta ou indiretamente com a violência. Entretanto, diversas pesquisas assinalam que os profissionais de saúde têm demonstrado sérias dificuldades para identificar a violência de gênero, inclusive em situações onde as mulheres apresentam severos danos à sua saúde. Por

outro lado, ainda quando esses profissionais de saúde suspeitam de violência, esses casos não são confirmados na sua ampla maioria.

Nos últimos anos, especialmente a partir da iniciativa dos profissionais do Programa Regional da Mulher, Saúde e Desenvolvimento - OPAS, que coordena o Projeto Regional para Combater a Violência Intrafamiliar contra a Mulher, é reconhecida a necessidade de melhorar, em diferentes níveis, a resposta dos serviços de saúde diante da violência de gênero no âmbito doméstico, uma vez que o setor saúde constitui-se um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações que busquem identificar, tratar e prevenir esse fenômeno (Cuadernos Mujer Salud/1, 1996; Heise et al., 1994).

Nosso objeto de estudo define-se como a análise das representações dos profissionais de saúde sobre a violência de gênero no âmbito doméstico e da forma como essas representações influenciam a visão destes profissionais acerca do papel dos serviços públicos de saúde, diante desse tipo específico de violência.

Em outros termos, perguntamo-nos de que forma as concepções que “naturalizam” a violência de gênero influenciam a visão desses profissionais sobre a atuação dos serviços de saúde? Será que os profissionais de saúde reproduzem o problema da violência como uma questão da esfera privada ou como um assunto jurídico que não diz respeito à sua prática? De que maneira as dificuldades relacionadas com a organização dos serviços, o tipo de inserção nos programas de saúde, a falta de perspectiva de trabalho multidisciplinar, a escassa experiência de atuação diante da violência doméstica nos serviços públicos e a ênfase nos enfoques biológicos dos processos de saúde-doença estão influenciando as propostas desses profissionais de saúde sobre o papel de seus próprios serviços?

O objetivo central de nossa pesquisa, portanto, é analisar o papel referido pelos profissionais de saúde para os serviços públicos do setor diante da violência de gênero no âmbito doméstico.

Para compreender a complexidade dessas representações, utilizamos uma abordagem qualitativa que privilegia os significados, as idéias, as visões de mundo e as percepções que os sujeitos constróem sobre determinados aspectos da realidade.

Nesse sentido, sob a perspectiva adotada, as representações identificadas nos indivíduos nos informam das condições reais em que se produzem essas representações. Portanto, estas expressam elementos tanto das contradições e conflitos como das ambigüidades e tensões dessa realidade.

Estes elementos serão interpretados na análise de nosso objeto de estudo a partir da perspectiva de gênero. Isto significa que essas representações serão lidas através da

construção histórica das relações sociais entre os sexos e, indagando como a ideologia de gênero influencia nos discursos a respeito da violência de gênero, da atuação dos serviços de saúde diante desse problema, as dificuldades assinaladas para intervir, as possibilidades de atuação e o desenvolvimento de ações de prevenção.

Nesta pesquisa, a fim de apreendermos esta complexidade, entrevistamos os profissionais de saúde inseridos em serviços de dois modelos de atenção de nível primário (Centros de Saúde do Município do Rio de Janeiro -RJ- e o Programa Médico de Família - PMF- da Prefeitura de Niterói). Esta escolha justifica-se porque partimos do pressuposto de que um modelo diferenciado de organização de serviços, nesse caso o PMF, possibilita uma aproximação melhor e uma abordagem diferenciada com respeito aos problemas de saúde dos usuários desse serviço. Assim, consideramos que as características e as dinâmicas de atuação dos profissionais junto à comunidade, constituem elementos fundamentais que favorecem a identificação e a atuação integral diante da violência doméstica se comparados com modelos de atenção pouco integrados à família e à comunidade.

JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

A escolha do objeto de estudo se justifica considerando os seguintes pontos:

1. A violência de gênero no âmbito doméstico é um problema relevante no Brasil tanto em termos quantitativos, porque afeta um número significativo de mulheres, produzindo severos agravos à sua saúde e, em muitos casos morte, assim como também (e fundamentalmente) porque é um fenômeno que nos alerta sobre os conflitos sociais.
2. A violência de gênero se expressa no cotidiano e nas relações sociais ao interior da família, da comunidade e das instituições. Este fenômeno aponta as profundas desigualdades entre os sexos e as condições sociais desfavoráveis nas quais encontram-se as mulheres.
3. Os estudiosos desta temática apontam que as mulheres em situações de violência doméstica procuram os serviços públicos de saúde, tanto pelos agravos diretos quanto indiretos dessa violência. Heise (1994), assinala inclusive que a maioria dessas vítimas procura assistência médica prioritariamente pelas seqüelas secundárias do abuso, mais do que pelo trauma inicial. Porém, diversos autores apontam que os profissionais de saúde têm sérias dificuldades para identificar que as lesões, assim como outros distúrbios da saúde apresentados pelas mulheres, estão inseridos em um contexto de violência no âmbito doméstico (Heise et al., 1994; Tilden et al., 1994; ; Flitcraft, 1993; Sugg e Inui, 1992; Stark et al., 1979).
4. Por outro lado, as iniciativas para desenvolver ações incluindo programas de prevenção no setor saúde contra a violência de gênero são muito raras, ou mesmo inexistentes.
5. Apesar deste panorama, como assinalam os estudiosos da violência, acreditamos também que os serviços públicos de saúde podem constituir-se em um espaço privilegiado de ações para a identificação, tratamento e prevenção da violência de gênero no âmbito doméstico. Nesse sentido, a Organização Pan-Americana da Saúde (1994:5) considera que *“el sector salud debe contribuir a la búsqueda de soluciones y aplicación de medidas preventivas y de control de todas las formas de violencia”*. Para afirmar esta possibilidade, Mercy et al. (1993) apontam como elemento importante a favor do setor saúde, o reconhecimento da experiência em prevenir e erradicar doenças e combater epidemias.
6. Consideramos que estes elementos no seu conjunto expressam a realidade dos serviços públicos de saúde no Brasil e especialmente, no Rio de Janeiro. Nesse sentido, pretendemos contribuir, através dos resultados desta pesquisa, com alguns subsídios para a discussão do possível papel dos serviços de saúde, no que diz respeito à identificação,

atuação e prevenção da violência de gênero no âmbito doméstico. Isto se justifica, porque acreditamos que qualquer proposta deste tipo deve considerar as posições, as interpretações e as alternativas que os profissionais possam dar diante deste problema.

7. Finalmente, apontamos a necessidade de aproximação entre a pesquisa de qualidade nos serviços de saúde e as pesquisas na área da saúde da mulher da perspectiva de gênero (Pittman e Hartigan, 1995).

DEFINIÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O processo de definição do objeto está baseado nos seguintes aspectos da realidade:

1. A violência de gênero no âmbito doméstico provoca sérias repercussões na saúde física, na saúde reprodutiva e na saúde mental das mulheres que vivem relações de violência, assim como, na sua participação efetiva na sociedade.
2. O reconhecimento deste fenômeno como um problema de saúde pública enunciado em 1994, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPS, 1994).
3. O fato de que nos serviços públicos de saúde brasileiros a implementação de **ações específicas**, orientadas a enfrentar este problema são, atualmente, muito raras ou inexistentes. A atuação destes serviços está restrita ao atendimento nas emergências, no atendimento clínico, ginecológico e de saúde mental, procurados pelas mulheres devido a problemas relacionados direta ou indiretamente à violência doméstica, normalmente sem revelação da causa. Porém, os profissionais de saúde têm sérias dificuldades para reconhecer que a causa das agressões em mulheres atendidas nesses serviços está relacionada com o fenômeno da violência doméstica.
4. Não temos dúvida da **importância** dos atendimentos já realizados - seja nas emergências como nos outros programas - para as mulheres que procuram esses serviços. Mas, será que oferecendo apenas esse tipo de atendimento, onde não se considera o contexto da violência doméstica, os serviços de saúde podem efetivamente contribuir para que as mulheres possam enfrentar este problema?

O panorama descrito acima suscitou-nos algumas questões motivadoras.

- Por que os profissionais de saúde não percebem o problema da violência de gênero no âmbito doméstico? Será que consideram que se trata de um problema que não diz respeito à sua prática? Será que não encontram alternativas para enfrentar esta questão?
- Será que alguns profissionais estão motivados a intervir mais diretamente, porém, encontram muitas dificuldades nos seus serviços de saúde? Será que os profissionais de saúde têm alternativas que poderiam orientar ações de identificação, tratamento e prevenção da violência de gênero no âmbito doméstico nos serviços de saúde?

Todos estes elementos conduziram-nos à definição de nosso objeto de pesquisa, como as representações dos profissionais de saúde sobre a violência de gênero no âmbito doméstico

e como essas representações influenciam sua visão sobre a construção do papel dos serviços públicos de saúde diante deste tipo específico de violência.

Em busca destas respostas, centramos nosso estudo em serviços de saúde inseridos em dois modelos de atenção primária (Centros de Saúde do RJ e o Programa Médico de Família em Niterói) que serviram de campo de pesquisa para aprofundarmos o conhecimento sobre as seguintes dimensões do nosso objeto de estudo.

1. Como os profissionais de saúde vêem a questão da saúde da mulher e que pensam do que fazem em relação a essa situação?
2. Como percebem a questão da violência em geral?
3. Como interpretam a questão da violência de gênero no âmbito doméstico? Como se colocam frente a este problema sendo profissionais de saúde? Consideram que é um problema de saúde e, mais especificamente, um problema de saúde pública?
4. Será que os profissionais de saúde consideram que a violência contra a mulher é um “problema privado” e que “em briga de marido e mulher ninguém mete a colher”? Será que eles pensam que este é um problema que deve ficar entre “as quatro paredes do domicílio”?
5. Qual é a prática atual dos profissionais perante mulheres em situações de violência?
6. Quais são as dificuldades assinaladas pelos profissionais para atuar diante desse fenômeno?
7. Qual o papel que cabe aos serviços de saúde na atenção a mulheres em situações de violência? Atribuem alguma(s) responsabilidade(s) aos serviços e aos profissionais de saúde frente à violência contra a mulher no âmbito doméstico? Quais seriam essas responsabilidades? Quais seriam essas possibilidades?
8. Que opinam sobre a questão da prevenção da violência de gênero nos serviços de saúde? Quais seriam as possibilidades e limitações, segundo sua percepção, para se implementar ações de prevenção nos modelos de atenção estudados? Qual seria o papel dos profissionais de saúde nesses contextos?

CAPÍTULO II

A VIOLÊNCIA SOCIAL E A VIOLÊNCIA DE GÊNERO NA AGENDA DA SAÚDE PÚBLICA

2.1 O IMPACTO DA VIOLÊNCIA SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA

Franco (1992:369) assinala que *“a violência é um risco maior para a realização do processo vital humano (PVH). Cada processo violento que se concretiza ou se converte em norma interfere no PVH porque ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e coloca a morte como realidade ou como possibilidade próxima - não somente ao PVH individual mas também na sua dimensão coletiva”*.

No Brasil, desde a década de 70, as pesquisas sobre violência vêm sendo realizadas sobre problemáticas específicas e regionais. É somente no final da década de 80 que se iniciam estudos mais integrados entre diversas áreas do conhecimento (filosofia, ciências humanas e epidemiologia). As investigações são principalmente estudos sobre mortalidade, que apesar do subregistro dos casos, oferecem dados que nos permitem conhecer a evolução e as características da violência.

A violência social sob a perspectiva da saúde abrange um campo mais amplo, além da mortalidade, relacionado aos agravos à saúde produzidos num contexto de violência não fatal (morbidade). Neste campo, incluem-se a violência doméstica contra as crianças e adolescentes, mulheres e idosos; a violência no trabalho; a violência na rua; acidentes e negligências no lar; problemas psicossociais advindos de vivências violentas, entre outros. Entretanto, as pesquisas sobre morbidade são muito precárias ou quase inexistentes (Minayo, 1994a).

Acompanhando os estudos sobre mortalidade, verificamos o persistente impacto da violência social no campo da Saúde Pública no Brasil. A partir de 1989, as “causas externas”, constituem a segunda causa de morte no país. Aumentando progressivamente desde os anos 30 em que representava 2% da mortalidade geral, passando para 10,5% em 1980, 12,3% em 1988 e 15,3% em 1989. Este quadro constitui-se basicamente a partir do número crescente de acidentes de trânsito e homicídios (Souza e Minayo, 1995).

Ao analisar os dados de mortalidade por “causas externas” na década de 80 as autoras mencionadas acima mostram-nos algumas características desta problemática que consideramos importante destacar, para compreendermos a sua evolução nesses anos:

- a) As causas externas se expressam mais intensamente em relação à mortalidade masculina, porém, encontram-se entre as cinco principais causas de morte feminina.
- b) Atingem com maior frequência pessoas jovens, tornando-se a principal causa de anos potenciais de vida perdidos (apud Werneck, 1992).
- c) Na população em geral, as maiores taxas de mortalidade por estas causas encontram-se nas faixas de 20 a 29 anos e de 60 e mais anos. Os maiores riscos apresentam-se para os homens nas faixas de 20 a 39 anos de idade. Nessas idades a razão masculino/feminino compreende oito óbitos masculinos para cada morte feminina. Destaca-se porém, que a taxa mais elevada entre as mulheres encontra-se na faixa de 60 e mais anos.
- d) A violência social incide com diferentes intensidades sobre os sexos e as faixas etárias. No sexo masculino, as maiores proporções concentram-se nas faixas de 20 a 29 e de 30 a 39 anos; e entre as mulheres no grupo etário mais velho, principalmente, decorrentes de acidentes de trânsito e quedas. As causas violentas assumem o primeiro lugar, na faixa etária compreendida entre 5 e 49 anos em ambos sexos.
- e) Em termos de faixas etárias, as mortes violentas, em 1989, representaram mais da metade das mortes ocorridas nos grupos de 10 a 14 (54,6%), 15 a 19 (70,8%) e 20 a 29 anos de idade (65,9%). O incremento proporcional ocorrido em cada faixa etária, entre os anos de 1980 e 1989, revela que o crescimento percentual nas faixas mais jovens (de 0 a 4 anos e de 5 a 9 anos) foi maior do que nos demais grupos de idade.
- f) Quando é analisada a evolução das taxas de mortalidade por causas externas nas capitais de regiões metropolitanas, observa-se uma tendência ascendente, à exceção de Belém e Fortaleza, onde o decréscimo foi de 30% e 17%, respectivamente. Recife, foi a cidade com maior aumento (59%) nas taxas entre 1980 e 1989; em São Paulo, o aumento foi de 40,7%; em Porto Alegre de 36% e no Rio de Janeiro de 28%. Entretanto, estas taxas permaneceram, no mesmo período, mais altas do que as de outras capitais como em Salvador (22%), em Curitiba (14%) e em Belo Horizonte (8%). O quadro de violência assume magnitudes significativas a partir de 1986, sendo especialmente expressivo em Recife e no Rio de Janeiro, quando as taxas de mortalidade atingem valores superiores a 100 óbitos por causas externas em cada 100.000 habitantes (Souza e Minayo, 1995).

2.2 A VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO ÂMBITO DOMÉSTICO: UMA REALIDADE NA SAÚDE PÚBLICA

Desde a década de 70, as organizações de mulheres vêm denunciando a violência de gênero como um grave problema que afeta a saúde física e mental das mulheres, comprometendo severamente o seu desenvolvimento integral na sociedade. Passaram-se muitos anos até que a violência de gênero fosse reconhecida como um fenômeno de vital importância na agenda pública dos organismos internacionais. Em 1994, a Organização dos Estados Americanos afirma que a violência contra a mulher constitui-se em violação dos direitos humanos das mulheres, expressa na Convenção Interamericana para prevenir, sancionar e erradicar a Violência contra a Mulher - “Convenção de Belém do Pará” - que foi aprovada, justamente, no Brasil (Movimiento Manuela Ramos, 1995). Também neste ano, a OPAS, através do seu Programa Mulher, Saúde e Desenvolvimento, reconhece este tipo específico de violência como um tema prioritário no seu plano de ação regional, instando os governos e, especialmente, o setor saúde a desenvolver estratégias diante da violência doméstica assim como coordena o Projeto Regional de Combate à Violência Intrafamiliar em vários países latinoamericanos, a fim de conhecer as respostas institucionais oferecidas as mulheres em situação de violência e os agressores com ênfase na coordenação entre organizações governamentais e não-governamentais, melhorando simultaneamente a capacidade de respostas do setor saúde (OPS, 1994).

Os estudiosos da violência de gênero assinalam que se trata de um fenômeno amplamente difundido na sociedade e que perpassa todas as classes sociais e econômicas, assim como culturas, raças/etnias (Saffioti e Almeida, 1995a; Heise et al., 1994). Entretanto, reconhecem-se as sérias dificuldades que existem no Brasil, para se conhecer a real magnitude do problema. Entre as dificuldades, apontam-se a ausência de pesquisas em nível nacional que informem sobre este tipo específico de violência e a ineficácia para estimar a incidência da violência de gênero através do sistema de informações sobre mortalidade e dos atendimentos nos serviços públicos de saúde.

Apesar deste panorama, podemos dispor de algumas cifras que demonstram a relevância e importância da violência de gênero como um problema de saúde pública no país.

A seguir, apresentaremos, em primeiro lugar, a ampla pesquisa elaborada por Heise et al. (1994) sobre estudos da violência de gênero em diversos países. Apesar desses estudos estarem inseridos em contextos sociais e culturais específicos e apresentarem diversas

metodologias que não permitem comparações rigorosas, essa pesquisa pode ilustrar também a realidade brasileira.

Em segundo lugar, destacaremos as pesquisas desenvolvidas no Brasil, que têm por base as estatísticas das Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher (DEAMs); a pesquisa da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE) sobre práticas violentas - “Participação Político-Social 1988: Justiça e Vitimização” (FIBGE/1988) - e o relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito-CPI (1991-1992). Apesar dos autores concordarem que existem sérias dificuldades para estabelecer comparações entre essas informações, devido às diferentes metodologias utilizadas, elas constituem os principais subsídios capazes de distinguir aspectos significativos sobre a magnitude do problema (Soares, 1996; Soares et al., 1996; Saffioti e Almeida, 1995a; Saffioti, 1994a).

Em terceiro lugar, discutiremos o registro de informação dos casos de violência, reportados através da definição de “causas externas”, estabelecida pela Classificação Internacional de Doenças. Este registro, apesar de não considerar especificidades com respeito à violência de gênero, apresenta dados que nos alertam sobre esta problemática.

A partir destas pesquisas, descrevemos as conseqüências mediatas e imediatas sobre a saúde da mulher vítima de violência doméstica apontadas pelos autores já mencionados. Heise et al. (1994) assinalam que a forma mais endêmica de violência contra a mulher é a violência conjugal. Em vários países, entre um quarto a mais da metade de mulheres relatam terem sido agredidas fisicamente pelo parceiro atual ou anterior. Ainda um percentual maior permanece em condições de abuso emocional e psicológico. As autoras citam o Informe sobre o “Desenvolvimento Mundial” elaborado pelo Banco Mundial que, em 1993, privilegiou a saúde, apresentando uma estimativa dos anos potenciais de vida perdidos por homens e mulheres por distintas causas. Segundo essa análise, a violação e a violência doméstica aparecem como causa significativa de incapacidade e morte entre mulheres na idade reprodutiva, seja no mundo industrializado ou em desenvolvimento. Esse informe assinala que nas economias estabelecidas de mercado, a vitimização de gênero representa quase um ano de vida perdido por mulheres de 15 a 44 anos, para cada cinco anos de vida saudável.

Segundo este Informe, em nível mundial, a carga da vitimização de gênero para a saúde entre mulheres de 15 a 44 anos compara-se à representada por outros fatores de risco e doenças, que já são prioridades importantes na agenda mundial, incluindo HIV, tuberculose, sepsis durante o parto, câncer e doenças cardiovasculares (Banco Mundial apud Heise et al., 1994).

Por outro lado, Heise et al. (1994) descrevem as conseqüências tanto para a saúde física como para a saúde mental das mulheres vítimas de violência doméstica. Alguns dos problemas que prejudicam a saúde física são as doenças de transmissão sexual, inflamação pélvica, gravidez não desejada, aborto espontâneo, dor pélvica crônica, lesões, dores de cabeça, problemas ginecológicos, abuso de drogas/álcool, asma, síndrome de intestino irritável, condutas nocivas para a saúde (fumo, sexo sem proteção) e incapacidade permanente ou parcial.

Entre as manifestações que afetam a saúde mental assinalam-se as seguintes: desordem de estresse pós-traumático, medo, fadiga, depressão, ansiedade, disfunção sexual, desordens da alimentação, desordens múltiplas de personalidade, disfunção do sono. Essas conseqüências também têm sido assinaladas por outros estudiosos do problema (Cuadernos Mujer Salud/1, 1996; Paltiel, 1993; Heise, 1993; CEPAL, 1992; Stark et al., 1979).

A seguir, apresentamos outros aspectos da violência de gênero relacionados ao “perfil das vítimas e dos agressores”, às características da dinâmica da violência e o contexto no qual são produzidos, entre outros. Soares et al. (1996) selecionando uma amostra de 521 casos, a partir das 10.087 ocorrências registradas nas quatro DEAMs do Estado do Rio de Janeiro, durante o ano de 1992, demonstraram que a maioria dos agressores (73,8%) é o marido (ou companheiro) e 3,8% são ex-maridos (ou ex-companheiros), o que totaliza 77,6%. Um significativo número de mulheres (71,7%) manifestou a existência de agressão anterior àquela que motivou a denúncia e 48,1% das mulheres declararam-se “do lar”, sendo consideradas como trabalhadoras não remuneradas.

Saffioti (1994a) aponta resultados semelhantes, a partir dos dados da FIBGE/1988 para a Região Sudeste. Das 567.635 pessoas que sofreram agressão física, 313.488 (55,23%) corresponderam do sexo masculino e 254.147 (44,77%) eram mulheres. Das agressões que vitimaram mulheres, 33,05% foram efetuadas por parentes, 29,24% por pessoas conhecidas, 1,24% por policiais e 35,29% por pessoas desconhecidas. Parentes e pessoas conhecidas foram responsáveis, portanto, por 62,29% das agressões de que foram vítimas as mulheres, proporção superior quando comparada com a encontrada para as agressões sofridas pelos homens (48,31%).

A autora aponta também que, na faixa etária de 18 a 49 anos, os homens sofreram agressões em 83% dos casos, em locais públicos, e somente 17% são vitimados na residência, enquanto, a mulher tende a ser agredida na residência (55%). Esta situação demonstra que o lar, na maioria dos casos, constitui-se em local de risco. Segundo Soares et al., “*A ameaça do ponto de vista das mulheres, não vem de fora, quando se trata de agressão física. Está na*

casa, não na rua; é episódio inscrito em dinâmicas típicas da vida privada, o que evidentemente não lhe reduz a gravidade, antes a aprofunda” (Soares et al., 1996:77).

Soares et al. (1996), a partir das informações coletadas na pesquisa já assinalada, referem outras características do perfil social das mulheres vítimas de agressão e de seus agressores. A faixa etária dominante é de 26 a 35 anos, representando 43,9% das denunciadas. Entre 36 a 45 anos, incluem-se 21,7%; 12,8% têm entre 22 e 25 anos e 8,1% têm 19 a 21 anos de idade. Em geral, 86,5% das mulheres agredidas situam-se na faixa etária entre 19 e 45 anos. Os autores assinalam que dados semelhantes são reportados pela pesquisa da FIBGE/1988.

Os agressores situam-se predominantemente, nas faixas etárias seguintes: entre 26 e 35 anos de idade (38,9%) e entre 36 e 45 anos (30%). Apenas 11,9% estão entre 46 e 60 anos de idade e 11,3% situam-se entre 22 e 25 anos. Quer dizer que 68,9% dos agressores têm entre 26 e 45 anos de idade.

Com respeito ao grau de instrução, 63,9% das vítimas têm o primeiro grau; 17,4% cursaram o segundo grau; 9,5% são alfabetizadas e 4,6% são analfabetas. Proporção semelhante (4,6%) cursou nível superior.

Outro elemento importante da pesquisa revela a forte associação entre o uso de álcool e a ocorrência de agressões efetuadas no contexto de relações conjugais, presentes ou passadas. Em 30,3% da amostra analisada, as vítimas disseram que o agressor é alcoólatra ou estava embriagado no momento da agressão. Em 88,6% desses casos, nos quais a vítima menciona a existência de embriaguez ou alcoolismo, o agressor é marido/companheiro ou ex-marido/companheiro da vítima. Esse dado destaca-se ainda mais, considerando-se que o percentual de maridos/companheiros, ex-maridos/companheiros corresponde a 74,5% do total da amostra.

Os pesquisadores constataram também que na grande maioria das relações conjugais nas quais incide a violência denunciada, as agressões tornaram-se repetidas e permeadas por problemas de alcoolismo (84,5%). Segundo Soares et al. (1996:89):

“Definir o agressor como alcoólatra ou embriagado envolve, sem dúvida uma acusação. Mas a bebida funcionará como agravante em alguns casos e como atenuante em outros, dependendo dos rumos que tomará o “diálogo” - disruptivo ou conciliatório - que a vítima estabelece com o agressor e para o qual convoca a mediação da delegacia. Em qualquer um dos casos, contudo, a presença do álcool não fará mais do que acentuar ou minimizar o teor da violência”.

O fato de encontrar uma associação importante entre alcoolismo e a ocorrência de agressões, sobretudo de agressões repetidas, não significa concluir que este fator seja a origem das agressões contra a mulher, *“mas imaginar a possibilidade de que abuso de álcool e agressão estejam respondendo, sob determinado ângulo, a condicionantes comuns”* (Soares et al., 1996:89).

Dados semelhantes são descritos por Saffioti (1994a), a partir das estatísticas da FIBGE (1988), que indicam maior cronificação da violência para a mulher do que para o homem. No meio urbano, os homens que sofreram agressão física duas vezes representam 7% e aqueles que foram golpeados três vezes ou mais representam outros 7%. Em situações similares para as mulheres corresponderam 8% e 9%, respectivamente. As diferenças não parecem significativas. Entretanto, quando analisadas no contexto de sua produção, encontra-se que dentre os homens agredidos fisicamente, 10% tiveram parentes como agressores e 40%, pessoas conhecidas. Para as mulheres correspondem cifras de 32% e 34%. Estes dados nos indicam que a violência doméstica contra a mulher é duas vezes maior do que para o homem (32% para 10%).

Corroborando a análise de cronificação da violência contra a mulher, os seguintes dados mostram que, dentre as pessoas vítimas de agressão física, os homens representam 37%, quando a violência ocorre no domicílio; 87% quando acontece em prédio comercial e 68% quando é praticada em via pública. Entretanto, no caso do domicílio, na maioria das vezes (63%) a agressão é contra mulheres.

Os dados da CPI da violência contra a mulher, coletados no período de janeiro de 1991 à agosto de 1992, em 20 unidades da federação, baseiam-se nas respostas a 205.219 questionários. Porém, têm sérias deficiências quanto à organização dos dados, como o fato de ignorar-se a proporção de crimes contra a mulher no conjunto total dos delitos praticados no país e se desconhece os números absolutos e o total de crimes. Assim, os números relativos revelam o universo das vítimas investigadas como a totalidade (100%). Os crimes perpetrados contra a mulher, considerados sempre como igual a 100%, apresentam a seguinte distribuição: 26,2% de lesão corporal; 16,4% de ameaça; 3% de crimes contra a honra (difamação, calúnia, injúria); 1,9% de sedução; 1,8% de estupro, 0,5% de homicídio. O complemento da soma destas cifras representam 51%, categoria denominada outros e incluindo atentado violento ao pudor, rapto, cárcere privado, discriminação racial e no trabalho. As proporções por regiões apresentam diferenças sensíveis. As lesões corporais representam 75,5% no caso de Santa Catarina; 66,1% no Rio Grande do Norte e 60% no Acre. A proporção de homicídios em alguns estados é elevada, como por exemplo, em Alagoas, onde um quarto das mulheres

vítimas de violência são assassinadas; assim como 13,2% em Pernambuco e 11,1% no Espírito Santo (Saffioti, 1994a).

Finalmente, apontamos duas informações relevantes do perfil da mortalidade por causas externas na década de 80: a) primeiro, as taxas de mortalidade no sexo feminino tiveram maior elevação (48%) passando de 23,78 para 34,32 por 100.000 habitantes b) segundo, **o crescimento de óbitos por causas externas também foi maior entre a população feminina em todas as faixas etárias** (à exceção de 15 a 19 anos). Destacando o fato de que nas faixas mais jovens o incremento foi maior. Segundo Souza e Minayo, *“Estes dados alertam, sobretudo, para o deslocamento da mortalidade por violência para idades mais jovens e para a sua disseminação crescente entre as mulheres”* (Souza e Minayo, 1995:99 - grifo nosso).

Esses dados apontam também, a necessidade de perguntar-nos quantas destas mortes (principalmente nos casos de homicídios e suicídios) podem ser atribuídas direta ou indiretamente a um contexto de violência doméstica?

Por último, apresentamos os elementos mais fundamentais assinalados por Heise et al. (1994) que resumem a análise da pesquisa, a fim de vislumbrar uma melhor compreensão desta problemática:

- a) as mulheres estão sob risco de violência, principalmente, por parte de homens conhecidos por elas;
- b) a violência doméstica é tão ou mais séria que a agressão de desconhecidos;
- c) embora as mulheres possam ser violentas, a maioria das violências que resultam em lesões físicas é de homens contra mulheres, isto é, a violência sexual é exercida contra o gênero feminino;
- d) dentro de relações estabelecidas, a violência muitas vezes é multifacetada e tende a piorar com o tempo;
- e) em sua maioria, os homens violentos não são doentes mentais;
- f) o abuso emocional e psicológico pode ser tão danoso quanto o abuso físico, sendo muitas vezes considerado pior, na experiência das mulheres;
- g) o uso de álcool exacerba a violência mas não é causa da mesma;
- h) existem sociedades onde a violência contra a mulher não é reportado.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO E CONCEITUAL

3.1 A VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO ÂMBITO DOMÉSTICO: CONCEITOS E ABORDAGENS DO PROBLEMA

3.1.1 CONCEITUALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO

A temática da nossa pesquisa, relacionada aos aspectos do papel dos serviços de saúde diante da violência de gênero, encaminhou-nos a procurar entender como e porque se produz este fenômeno.

A revisão inicial da literatura nos mostra que a violência de gênero é um fenômeno complexo e polissêmico, começando pela diversidade de termos que se utilizam para se referir a este tipo específico de violência. Violência contra a mulher, violência intrafamiliar, violência conjugal, violência doméstica contra a mulher, mulher golpeada (Mujer golpeada) como propõe a Cepal ou mais recentemente, violência de gênero, para citar somente alguns exemplos.

Esta diversidade de termos se vê refletida nas discussões sobre a conceitualização deste fenômeno, que não proporciona uma definição única para orientar a todos os que trabalham dentro desta temática. Heise et al. (1994) assinalam que o ponto principal da controvérsia está na amplitude do conceito e agregaríamos um segundo ponto, que se refere mais a uma questão operacional, ou seja, como a definição pode ser um instrumento ou indicador que forneça elementos para avaliar ações institucionais implementadas para combater esse fenômeno.

Ambos aspectos estão permeados sob a ótica da área de conhecimento específica que coloca este problema. Isto quer dizer, por exemplo, que o direito, a psicologia, a antropologia, a sociologia ou a saúde pública definem o conceito e os elementos operativos aos quais fazem referência a partir de suas perspectivas, o que não significa que entre estes campos de conhecimento não existam mediações (Heise et al., 1994; Cepal, 1992; Isis Internacional, 1990).

A questão operacional que propomos talvez possa ser melhor observada, ao compararmos o direito e a saúde pública. A prática jurídica, as leis, definem a violência contra a mulher de tal forma que seja possível classificar a agressão para punir o agressor. No

campo da saúde pública, esta questão é mais complexa. Acreditamos que a sua atuação não deva estar baseada na punição, mas em buscar elementos para configurar um diagnóstico, visando construir diversas alternativas para enfrentar esse fenômeno. Obviamente, este aspecto assinalado insere-se mais numa visão tradicional da doença, que aprofundaremos mais adiante.

Segundo Heise et al. (1994) a amplitude do conceito deve estar definida de tal forma que considere as violações aos direitos humanos das mulheres mas que não impossibilite a utilidade do termo para descrever formas tradicionais de violência como a violação e a agressão contra a cônjuge.

Com base nos estudos de Isis Internacional (1990); Cepal (1992); Heise et al. (1994), podemos destacar os seguintes elementos considerados para a definição de violência contra a mulher:

- a) a natureza dos atos de violência, ou seja, as formas de violência a serem incorporadas (seja a violência física, a violência verbal ou psicológica e a violência sexual);
- b) o caráter que define o ato de violência, ou seja, se este expressa ou não exercício de poder, força ou coerção;
- c) o âmbito onde acontece a situação de violência, se agressor e agredida compartilham o mesmo domicílio;
- d) a relação entre as pessoas implicadas na situação de violência, ou seja, deve considerar-se o vínculo de parentesco ou a relação íntima atual ou anterior. Nesse sentido, incluem-se o (ex)marido, o (ex) cônjuge, o (ex) parceiro, o (ex) namorado;
- e) a tolerância ou legitimidade de atos de violência na sociedade, isto é, se alguns atos são legitimados pela sociedade, significa que os desqualificam enquanto violência?
- f) a distinção entre violência aleatória e violência de gênero. Heise et al. (1994) consideram obviamente, que a violência contra a mulher, não inclui a violência dirigida ao homem ou a violência dirigida à mulher por razões distintas a seu sexo (por exemplo, a agressão durante um assalto);
- g) os valores e normas que definem ou regulam a violência.

Alguns destes elementos geralmente são enfatizados nas distintas definições utilizadas nas ciências sociais.

Antony e Miller destacam os efeitos da violência, definindo a violência familiar como *“acto cometido dentro de la familia por uno de sus miembros, que perjudica gravemente la*

vida, el cuerpo, la integridad psicológica o la libertad de otro miembro de la familia” (In Isis Internacional, 1990:9).

Outra definição dada por Astelarra enfatiza os valores culturais e assinala que a violência *“es el producto de la existencia de rasgos patriarcales a nivel de la sociedad y la familia que, al entrar en contradicción con los valores de igualdad y libertad, generan una nueva gama de conflictos”* (In Isis Internacional, 1990:9).

Mayer ressalta os efeitos da violência e os tipos de agressão, definindo a violência doméstica como *“abuso que ocurre entre miembros de la familia, en la pareja o entre personas que en algún momento de su vida han vivido conjuntamente”* (In Isis Internacional, 1990:9).

Isis Internacional (1990:9) define a violência conjugal como *“un fenómeno social que ocurre en el grupo familiar, sea este el resultado de una unión consensual o legal, y que consiste en el uso de medios instrumentales por parte del cónyuge o pareja para intimidar psicológicamente o anular física, intelectual y moralmente a la mujer, con el objeto de disciplinar según su arbitrio y necesidad la vida familiar”*.

A Cepal (1992:7), a partir das análises de Ferreira e Serra, propõe utilizar o conceito de “Mujer Golpeada”, definindo-a como *“aquella que es víctima de abuso físico, psicológico o sexual ejercido contra ella por su marido, novio o compañero, con quien comparte su vida y quien por este medio, la fuerza a realizar acciones no deseadas o le impide ejecutar aquello que desea”*.

Heise (1993:136) baseada na definição de Antony e Miller, assinala que a violência de gênero inclui *“a host of harmful behaviors that are directed at women and girls because of their sex, including wife abuse, sexual assault, dowry-related murder, marital rape, selective malnourishment of female children, forced prostitution, female genital mutilation, and sexual abuse of female children”*.

A autora aponta também para uma definição mais ampla que deve incluir *“formas de sexismo institucionalizado que comprometen severamente a saúde e o bem-estar da mulher”* (Heise, 1994:171). Este marco refere-se à discriminação contra as meninas na alimentação e nos cuidados médicos, deficiência no acesso a métodos de contracepção e aborto seguros, e leis e políticas sociais que perpetuam a subordinação feminina.

Heise et al. (1994:136) definem especificamente a violência contra a mulher como *“todo acto de fuerza física o verbal, coerción o privación amenazadora para la vida, dirigida al individuo mujer o niña, que cause daño físico o psicológico, humillación o privación*

arbitraria de la libertad y que perpetúe la subordinación femenina”. As autoras consideram que esta definição apresenta algumas vantagens quando:

- a) refere-se a atos contra o indivíduo mulher ou menina, estabelece uma diferença entre atos de violência e políticas nocivas que podem prejudicar a saúde das mulheres como classe;
- b) a privação que ameaça a vida inclui o descuido sistemático das meninas nas culturas que valorizam mais os filhos do que as filhas;
- c) a perpetuação da subordinação feminina refere-se às conseqüências sociais da violência.

As definições até aqui assinaladas, como já fora dito, incluem alguns elementos para determinar a sua amplitude. Uma revisão mais aprofundada, nos levaria a encontrar muitas outras definições, como as utilizadas nas convenções internacionais, no direito e na saúde pública.

Nesta pesquisa, utilizaremos o termo violência de gênero no âmbito doméstico ou violência contra mulher no âmbito doméstico, distinguindo os seguintes elementos: a) o uso da força física ou verbal que prejudica ou ameaça a vida e o corpo da mulher na integridade física, emocional ou sexual; b) a coerção como forma de perpetuar a subordinação feminina e c) que esse agravo seja produzido pelo parceiro com quem estabelece ou estabeleceu uma relação íntima.

3.1.2 CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS SOBRE A VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Existe uma grande quantidade de trabalhos voltados para a compreensão do fenômeno da violência de gênero especialmente no campo das Ciências Sociais. Nesta seção, privilegiaremos os trabalhos de Grossi (1991) e, Gregori (1993a, 1993b), para fazer uma síntese das abordagens desenvolvidas. Destacamos as críticas assinaladas por Gregori destas abordagens e finalmente sintetizamos os elementos mais importantes da perspectiva de gênero que nos ajudam a vislumbrar e compreender a completude da violência de gênero no âmbito doméstico.

Estas autoras analisaram os estudos de violência contra a mulher trabalhados a partir da ótica do feminismo no Brasil, na década de 80. Ambas coincidem quando afirmam que estas pesquisas têm duas características em comum: a) a primeira refere-se a seu marcado caráter militante, cujos objetivos principais foram dar visibilidade ao problema e constituírem-se em instrumentos adequados de denúncia e b) a segunda característica diz respeito à posição da mulher como ser passivo, ou melhor, como vítima na violência conjugal segundo a argumentação feminista.

Além destes elementos, Gregori (1993b:124) assinala que duas referências desenvolvidas por Chauí são amplamente utilizadas nos artigos, pesquisas e livros sobre esta temática. O conceito de violência “*para explicar que as situações de violência contra a mulher são fruto de uma condição geral de subordinação*” e a conceituação filosófica que articula a idéia da mulher como “*sujeito não constituinte*” com o problema da violência.

Gregori aponta duas tendências nessas pesquisas. Para discutir a primeira tendência, a autora refere-se ao trabalho de Azevedo para ilustrar a visão do movimento feminista que coloca os elementos já citados. Nesta pesquisa, a violência contra a mulher nas relações conjugais é considerada como um fenômeno de múltiplas determinações e não mais como resultado ou expressão de uma violência estrutural.

Utilizando a perspectiva de Chauí de que “*violência é violação da liberdade e do direito de alguém ser sujeito constituinte de sua própria história*”, Azevedo explica porque os homens exercem manifestações de força física sobre as mulheres. Ela considera dois conjuntos de fatores: os fatores condicionantes (a opressão perpetrada pelo sistema capitalista, as instituições discriminatórias às mulheres, o machismo, os efeitos da educação diferenciada, entre outros) e os fatores precipitantes (álcool e tóxicos ingeridos pelos agentes e o estresse).

As explicações para esta violência “*atribuem culpa seja ao conjunto de fatores condicionantes, seja aos comportamentos concretos dos homens nas suas relações com as*

parceiras” (Gregori, 1993b:126). Estas conclusões são estabelecidas a partir da análise de Boletins de Ocorrência de espancamento de mulheres registrados em Distritos Policiais de São Paulo em 1981.

Para Azevedo, o fato da violência ser entendida a partir de múltiplas determinações, está expressando o conflito de interesses entre os sexos. Segundo Gregori (1993b:127), a presença de conflito é evidente, “*o problema está na idéia de **interesses** em choque*” (grifo da autora).

Portanto, para Gregori (1993b:127) a idéia de interesses estar-se-ia expressando, de um lado, o interesse do dominador, o desejo de mando e a montagem de um sistema que permita que ele se efetive e se perpetue, e de outro, o interesse da mulher, *que “não é claramente definido, devido a sujeição à violência simbólica”*¹. Segundo a autora, se as mulheres estão sujeitas a esta violência simbólica, então, não é possível que as mulheres definam seu destino e interesses.

A principal crítica de Gregori na abordagem de Azevedo está centrada no fato de que a autora aponta a responsabilidade exclusiva dos homens nos atos de violência. Para Gregori, se se aceita que a ideologia machista constitui uma visão do mundo para os homens, enquanto para as mulheres é pura mistificação, então, “*veicula-se a idéia de que elas são complacentes, não porque concordam ou acreditam nisso, mas porque toda ação ou aceitação da parte do dominado é resultado de um poderoso ocultamento*” (Gregori, 1993b:128).

Uma outra tendência encontrada nas pesquisas criticadas por Gregori, é descrever as relações de violência como a construção de uma relação típica, formulada através de um casamento tipicamente violento. A autora afirma que estas pesquisas tentam mostrar uma espécie de evolução de acontecimentos, desde pequenas desavenças cotidianas e gestos de desrespeito até uma situação-limite, definida pela agressão ou pelo homicídio de uma das partes.

Por outro lado, estas pesquisas explicam o problema da violência doméstica a partir de uma perspectiva dual e contrastante, demarcado entre o doméstico/público e o homem/mulher. Para Gregori (1993b:130), a maior contribuição desta abordagem é “*tomar esses relacionamentos sem criar uma dualidade redutora do tipo algoz e vítima e o que ela implica: o agressor ativo e a agredida passiva*”. Nesse sentido, não cabem “*determinações imediatas e mecânicas do plano dos padrões para o plano das condutas*”.

¹ Gregori (1993b:127) assinala que para Azevedo (1985) a violência simbólica “é o equivalente à ideologia machista: visão de mundo formulada pelo dominador com fins de produzir uma mistificação para garantir a complacência do dominado”.

A crítica da autora a esta abordagem se centra em dois aspectos: o primeiro aponta o fato de que *“a perspectiva de generalizar para todos os casamentos violentos um conjunto de gestos, expectativas e padrões morais por parte dos agentes”*, estabelece uma distinção de comportamentos tanto para os homens (*“que humilham e agridem”*) quanto para as mulheres (*“que têm medo, vergonha e se sentem culpadas”*), quando talvez dever-se-ia procurar *“os diferentes matizes, nuances e diversidades que o universo de casamentos violentos apresenta”* (Gregori, 1993b:129).

O segundo aspecto da crítica é que apesar destas pesquisas não apresentarem determinações imediatas e mecânicas para explicar a violência, elas falham ao não *“apreender as ambigüidades e tensões nas relações entre os papéis de gênero”*. Porém, a maior contribuição desta perspectiva, assinala Gregori, é a possibilidade de *“entender que os padrões distintos de comportamento instituídos para homens e mulheres são atualizados em relações interpessoais que são vividas como únicas”* (Gregori, 1993b:130).

Após esta revisão, cabe perguntar-nos então, como explicar a violência de gênero? É possível tentar fazê-lo através de uma única resposta? As reflexões até aqui desenvolvidas parecem nos indicar que o caminho para a compreensão deste fenômeno deve escapar das posições deterministas e reducionistas que apontam o vitimismo e a passividade da mulher como as principais causas do problema.

Gregori tenta mostrar-nos que a violência conjugal expressa em si o conflito de interesses entre duas partes que participam ativamente da relação de convivência. A autora chama a atenção para a necessidade de apreender as ambigüidades e tensões das relações entre gêneros e *“entender a relação entre padrões mais gerais que orientam a conduta e o comportamento propriamente dito como um movimento, como uma passagem que implica combinações, ambigüidades e, portanto, diversidades”* (Gregori, 1993b:130). Destarte, a autora assinala que a agressão constitui-se em uma forma de comunicação e configura-se no resultado de uma **negociação mal sucedida** entre os parceiros. Nesse sentido, a autora aponta que:

“as cenas em que marido e mulher estão envolvidos e que culminam em agressões estão sujeitas a inúmeras motivações (...) Nelas, as mulheres participam como parceiras ativas. Essas cenas revelam que a agressão funciona como novas formas de relacionamento, sem empregar recursos que levem a um acordo, a um entendimento ou a uma negociação das decisões” (Gregori, 1993a:149).

Em seu trabalho, a autora conclui que “*os relacionamentos conjugais são de parceria e que a violência pode ser também uma forma de comunicação, ainda que perversa, entre parceiros*” (Gregori, 1993b:134). Nesse sentido, no contexto da diversidade, da ambigüidade, da ambivalência, enfim, das contradições na construção das relações de gênero na vida conjugal, poderíamos entender a perspectiva de Gregori como uma dimensão a mais da violência conjugal.

Mas, isto significaria que homens e mulheres compartilham e exercem o mesmo poder na sociedade. Como então, deixar de considerar a questão do poder como um elemento importante na compreensão da violência contra a mulher? Mais enfaticamente, Saffioti aponta que:

*“Não se está, de forma alguma, afirmando que as mulheres são santas. Ao contrário, elas participam da relação de violência, chegando mesmo a desencadeá-la. **Nem por isto, porém, a mulher detém o mesmo poder que o homem** (grifo nosso). (...) Trata-se de uma correlação de forças que muito raramente beneficia a mulher. Socialmente falando, o saldo negativo da violência de gênero é tremendamente mais negativo para a mulher que para o homem”* (Saffioti, 1994b:446).

Assim, a violência contra a mulher entende-se como um fenômeno consubstancial ao gênero. O conceito de gênero no âmbito dos estudos da mulher, questionou a construção das diferenças de sexo determinadas pela biologia, para enfatizar a importância do social, da cultura, como um sistema simbólico de significados e relações entre os sexos, que configuram e refletem posições hierárquicas e antagônicas entre homens e mulheres (Saffioti e Almeida, 1995a; Giffin, 1994; Scott, 1990).

Nessa linha de pensamento, Heise et al. (1994) assinalam que a “*violência de gênero é um fenômeno extremamente complexo, com raízes profundas nas relações de poder baseadas no gênero, na sexualidade, na autoidentidade e nas instituições sociais*”. As autoras apontam que embora as causas da violência de gênero precisem ser refinadas, existem vários estudos que demonstram fortemente que “*as relações hierárquicas de gênero -perpetuadas através da socialização de gênero e as desigualdades sócio-econômicas- têm um papel integral na violência contra a mulher*” (Heise et al., 1994:41).

Esta reflexão pode ser abonada pelos elementos encontrados nas diversas pesquisas sobre violência de gênero que nos informam que: a) existe um grande número de mulheres afetadas pela violência masculina que não é provocada por um homem desconhecido, por um

qualquer, trata-se de um homem com quem compartilham a sua vida, com quem dividem afeto constituindo-se o domicílio, o lar, a família, o locus privilegiado do exercício da violência contra a mulher; b) há indícios de maior rotinização da violência contra a mulher, o que indica a tendência de cronificação de situações de violência e c) a violência doméstica recai sempre sobre a(s) mesma(s) vítima(s) (Soares, 1996; Saffioti, 1994a; Grossi, 1994).

3.2 A ATUAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DIANTE DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO ÂMBITO DOMÉSTICO

A violência social e especificamente a violência de gênero no âmbito doméstico, são fenômenos que nos últimos anos cresceram significativamente, sendo atualmente considerados como prioridades no campo da Saúde Pública. Esta realidade nos coloca urgentemente a necessidade de perguntarmos: o que fazer para deter ou mudar esta situação? O que está sendo feito e como? Quais são os resultados? De forma geral, diversas respostas desenvolveram-se no conjunto da sociedade para enfrentar ambos os problemas.

No que diz respeito à violência de gênero no âmbito doméstico implementaram-se algumas respostas estatais, centradas principalmente no campo jurídico. Em 1985, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, cujos objetivos básicos foram ampliar o reconhecimento social das situações de violência contra a mulher e exigir mudanças na legislação. Apesar das dificuldades para o seu funcionamento, este órgão do poder executivo impulsionou o debate permanente sobre esta questão. Simultaneamente, foram criados os Conselhos Estaduais dos Direitos da Mulher, atuando como agentes de denúncia ao lado do movimento de mulheres. Em 1986, estabeleceu-se a criação das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs). Nesse ano, a primeira delegacia começou a funcionar no Rio de Janeiro e desde essa época muitas mais implementaram-se em todo o país (Barsted, 1994).

Diversas pesquisas assinalam que as delegacias não somente contribuíram efetivamente para dar visibilidade ao problema da Violência contra a Mulher - como demonstram o número significativo de denúncias realizadas -, mas também, por constituírem-se em um espaço de *“uma experiência muito particular de mediação de conflitos”*, apesar das dificuldades que enfrentaram para a realização efetiva do seu trabalho (Soares, 1996:109; Barsted, 1994).

Por outro lado, as Organizações Não Governamentais (ONGs) desenvolveram atividades para proporcionar apoio jurídico e psicológico às mulheres que procuraram tanto às delegacias para denunciar sua situação de violência, como aos seus próprios programas de intervenção².

Com respeito aos serviços de saúde, estes confrontam-se permanentemente com a necessidade de atuar frente à violência social, nos diferentes níveis de atenção e

² Sobre este tema, ver Gregori (1993b); Grossi (1994 e 1991).

complexidade desses serviços. Os traumas produzidos pela violência que não provocam a morte, mas que produzem sérios agravos físicos e transtornos psicológicos nas pessoas, representam uma demanda significativa para os serviços de emergência, para a atenção especializada e para os serviços de assistência social, basicamente. Os serviços de reabilitação física e psicológica têm desenvolvido suas ações em menor proporção. Tradicionalmente, os serviços de saúde concentram seus esforços na reparação desses traumas. Esta situação leva ao congestionamento dos serviços de saúde, aumentando os custos globais de atenção e prejudicando a qualidade e a cobertura desses serviços (OPS, 1994; Minayo, 1994a).

O setor saúde tem também um papel importante para o registro de informações sobre os fatos violentos. No entanto, existe pouca atenção para estabelecer qualquer relação entre a identificação das lesões físicas pelas quais as mulheres se consultam, com o contexto no qual produzem-se essas situações de violência. Esta situação explica, em parte, o subregistro destes casos.

Por outro lado, no que diz respeito às ações dos serviços de saúde para trabalhar as questões específicas sobre violência de gênero, observa-se que são muito raras quando inexistentes. O Ministério da Saúde, em 1983, implementou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM é considerado um programa pioneiro, porque resgata a integralidade do atendimento à saúde da mulher e implementa ações educativas como parte fundamental desse programa³. Porém, o programa não considera ações específicas a fim de identificar, tratar e prevenir a violência de gênero (MS, 1985).

Esta realidade levou-nos a levantar as seguintes questões: Será que o campo da Saúde Pública pode ter algum papel na prevenção da violência de gênero? Que contribuições pode oferecer a saúde pública? Será que as mulheres vítimas da violência de gênero não utilizam os serviços de saúde? Se elas procuram, porque os profissionais de saúde não as identificam? Quais as dificuldades que eles manifestam para identificar essa situação? Se identificam, porque não é desencadeada uma atuação junto a estas mulheres?

Destacaremos alguns elementos da discussão para prevenir a violência em geral que nos ajudem a vislumbrar respostas a estas questões que, parecem pouco promissoras, porém necessárias, na medida em que uma leitura inicial sobre o tema nos chama a atenção sobre as dificuldades enfrentadas por programas que vêm trabalhando esta problemática.

As dificuldades mais importantes para compreender a dinâmica da violência de gênero, conhecer a magnitude deste fenômeno e implementar ações e respostas nos serviços de saúde,

³ Corrêa (1993) e Ávila (1993) desenvolvem importantes avaliações sobre o PAISM

geralmente explicam-se por diversas razões. Flitcraft (1993) assinala que uma das primeiras teorias sugere que as mulheres agredidas mostraram resistência para discutir a causa real de suas lesões, dificultando a identificação da violência nos serviços médicos. Porém, a autora referencia outras pesquisas nas quais se utilizaram técnicas simples de entrevistas e questionários, conseguindo taxas substanciais de violência doméstica, sugerindo que a identificação pode não ser tão difícil.

A autora aponta também que surgiu a preocupação de que algumas pacientes poderiam sentir-se ofendidas quando perguntadas por situações de violência no domicílio e que os médicos, em consideração a isto, mostraram-se relutantes em discutir esta questão. Porém, altas taxas de participação de pacientes em pesquisas sobre violência doméstica desmentem esta preocupação.

Segundo Flitcraft, explicações mais recentes exploram a desesperança projetada pelos médicos e a crença de que a violência doméstica é uma “*caixa de Pandora*”. Para a autora, no entanto, a ênfase colocada na relação médico/paciente tem muito de idealização pois somente uma pequena parte do que acontece nesta relação é determinada pelo médico. Questões mais importantes como o contexto cultural e social, as políticas e os recursos das instituições de saúde e as crenças, valores e normas dos profissionais devem ser considerados.

Outra razão referem-se ao fato de que as mulheres vítimas de agressões não procuram os serviços de saúde ou, quando o fazem, apenas em número bastante reduzido e restrito aos serviços de emergência. Heise et al. (1994) a partir da revisão de diversas pesquisas demonstraram a proximidade deste fenômeno com os serviços de saúde, mas destacam que este é pouco apreendido pelos profissionais de saúde. De novo, contrariamente àquela idéia, a realidade parece indicar-nos que as mulheres procuram os serviços, como podemos observar nas seguintes pesquisas apontadas pelas autoras.

1. No Hospital da Universidade de Yale verificou-se que cerca de uma em cada cinco mulheres golpeadas tinha se apresentado pelo menos onze vezes com traumatismos; 23% tinham entre seis e dez lesões por abuso para serem atendidas pelos clínicos. Na maioria dos casos, o provedor de saúde nunca identificou a história de abuso relacionada a estas lesões (Stark et al. 1979).

2. Na Colômbia, na década de 80, o Instituto Forense de Bogotá observou que a quinta parte dos casos avaliados pelo médico forense correspondia à violência conjugal e 94% das hospitalizações eram de mulheres golpeadas (United Nations).

3. Em Santiago (Chile), um estudo sobre a avaliação dos informes do serviço de emergência de um hospital público de duas clínicas revelou que de 2618 mulheres atendidas

por lesões relacionadas com abuso, entre setembro e novembro de 1986, 73% foram agredidas por membros da família (United Nations).

4. Nos Estados Unidos, entre 25% e 35% das mulheres que se apresentavam aos serviços de emergência urbanos tinham sintomas relacionados com o abuso contínuo (Council of Scientific Affairs, American Medical Association, 1992).

5. Um inquérito representativo das mulheres do Texas encontrou que 24% das mulheres que alguma vez tinham sofrido abusos, solicitavam tratamento médico pelo abuso (Teske e Parker).

6. Nos Estados Unidos, a avaliação de 481 prontuários de mulheres que procuraram um serviço urbano de emergência demonstrou que os médicos identificaram somente 2,8% como mulheres golpeadas. Também se demonstrou que 16% das mulheres tinham lesões cuja causa provável ou altamente provável era o abuso, e cerca de 10% puderam ser identificadas positivamente como golpeadas. Outros 15% apresentavam história de lesões que indicavam maus-tratos (Stark et al., 1979). Isto significa que os profissionais de saúde identificaram aproximadamente só uma de cada oito das mulheres golpeadas que procuraram esse serviço.

Finalmente, Tilden et al. (1994) assinalam entre as causas para o fracasso dos médicos em reportar casos suspeitos de violência, a incerteza sobre a evidência clínica, a desconfiança sobre as ações dos serviços de proteção, e o temor de envolvimento em processos jurídicos.

Consideramos que os elementos antes descritos permeiam também a atuação dos serviços de saúde no Brasil e, uma vez identificados, podem balizar as possibilidades de uma resposta viável a partir dos serviços de saúde perante a violência de gênero.

Por outro lado, Mercy et al. (1993) com uma visão mais otimista, assinalam que a coerência interna do campo da saúde pública proporciona os elementos de maior consistência para contribuir na prevenção da violência. Os autores apontam os seguintes elementos.

1. A abordagem da saúde pública proporciona um desempenho e uma ênfase poderosos para identificar políticas e programas visando à prevenção de condutas violentas, lesões e mortes.

2. A abordagem da saúde pública apresenta a forte convicção de que a violência pode ser prevenida.

3. A saúde pública proporciona uma abordagem multidisciplinar que está explicitamente direcionada a identificar possibilidades efetivas de prevenção.

4. O modelo da saúde pública como uma abordagem científica para a prevenção tem sido aplicado a uma diversidade ampla de problemas de saúde pública, tanto infecciosos como não infecciosos, apresentando notável sucesso.

5. A saúde pública proporciona uma tradição de integração de lideranças, sendo capaz de organizar conjuntamente diferentes disciplinas, organizações e comunidades para trabalhar juntos a fim de resolver o problema da violência. Para os autores, esta abordagem está em contraste direto com a resposta tradicional da sociedade para enfrentar a violência, que tem sido fragmentada e centralizada no setor judiciário.

6. Possibilita superar a crença de que a violência é um problema minoritário, o que tem dificultado uma resposta efetiva para preveni-la. Esta atitude estigmatizou grupos raciais e étnicos como se eles fossem inerentemente violentos e permitiu que a maioria da população vítima de violência negasse seus próprios problemas de violência, dissociando-os de uma solução.

Considerando, por um lado, os elementos assinalados por Mercy et al. e, por outro lado, as dificuldades apontadas por diferentes autores, cabe retomarmos aqui nossa pergunta central: Será que os serviços de saúde podem constituir espaços de atuação diante da violência de gênero?

Partimos do pressuposto de que isto é possível, porém, como afirma Flitcraft (1993:156) *“It is naive to expect substantial changes in how victims of domestic violence are now treated by individual physicians unless there are concurrent changes in these latter areas”* (o contexto cultural e social, as políticas e recursos das instituições de saúde e as crenças, valores e normas dos profissionais).

Nossa pesquisa aborda estas questões a partir da análise aprofundada das representações que os profissionais de saúde têm da violência de gênero no âmbito doméstico e a sua relação com o papel dos serviços de saúde perante este fenômeno. Acreditamos que este tema reflete a tensão entre a abordagem da saúde pública e a forma tradicional com que os serviços de saúde atuam e revela as dificuldades em tratar de uma questão que estritamente não é uma doença, não é causada por “uma bactéria” (Guerra, 1994; Shalala, 1993), porém produz sérios agravos à saúde e inclusive, morte. Por outro lado, recolocando a discussão sobre o papel dos serviços de saúde, retomamos as novas concepções de saúde, questionando as formas tradicionais da organização dos serviços e a visão dos profissionais de saúde no que diz respeito à doença e o seu papel diante de um problema - violência de gênero - que poderia parecer distante de suas possibilidades de intervenção.

3.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E AS MEDIAÇÕES PARA A VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO ÂMBITO DOMÉSTICO

Nesta seção desenvolvemos o conceito de Representações Sociais privilegiando o enfoque marxista, para depois vislumbrar o vínculo deste conceito com as relações de gênero. Esta escolha justifica-se por ser este um referencial teórico capaz de apreender as principais questões levantadas por nosso objeto de estudo, que dizem respeito às representações dos profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher e o papel dos serviços de saúde perante este tipo específico de violência.

Representações Sociais é uma categoria amplamente utilizada nas Ciências Sociais, ainda que recebendo outras designações, o conteúdo dos valores e significados foi extensamente desenvolvido desde as diferentes abordagens teóricas: o positivismo, a sociologia compreensiva, a fenomenologia e a escola marxista.

Optamos por uma abordagem marxista, porque a partir desta perspectiva, evidenciam-se os aspectos históricos, através dos quais se constrói esta categoria, “*chamando a atenção para a necessidade de apreendê-los, analisá-los e defini-los como historicamente específicos e socialmente condicionados*” (Minayo, 1994b:93).

Segundo Minayo (1994b:158), nas Ciências Sociais, “*as Representações Sociais são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a*”.

As abordagens marxistas consideram que as representações sociais são as idéias, os pensamentos, o senso comum, a visão de mundo, geradas numa relação dialética entre o conteúdo da consciência e as condições materiais dos indivíduos que a produzem (Minayo, 1994b). Nesse sentido, afirma Minayo:

“A produção das idéias, das representações, da consciência está, de início, diretamente entrelaçada com a atividade material e com o intercâmbio material entre os homens, como a linguagem da vida real. O representar, o pensar, o intercâmbio espiritual dos homens aparece aqui como emanção direta de seu comportamento material” (Minayo, 1994b:166).

De forma similar e aprofundando a compreensão sobre representações sociais, Spink (1993:303) assinala três dimensões deste conceito, apresentadas a seguir.

a) As representações sociais incluem o conhecimento do senso comum, resgatando não somente o conhecimento formalizado.

Assim, o senso comum constitui-se numa forma válida de conhecimento, considerado “*não mais como cidadão de segunda classe*”, mas podendo sobretudo “*situá-lo como teia de significados capaz de criar efetivamente a realidade social*”.

b) As representações sociais constituem formas de conhecimento prático, que se manifestam como elementos cognitivos -imagens, conceitos, categorias, teorias- entretanto, não se reduzem a estes componentes cognitivos. As representações sociais são fenômenos sociais, que respondem sempre a uma “*forma comprometida e/ou negociada de interpretar a realidade*”.

c) A representação é uma construção do sujeito enquanto sujeito social. Porém, este sujeito não é somente produto de determinações sociais nem produtor independente, uma vez que as representações são construções contextualizadas, resultados das condições em que surgem e circulam (Spink, 1993).

Segundo Jodelet “*as representações sociais devem ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais, sociais, integrando a cognição, a linguagem e a comunicação às relações sociais que afetam as representações sociais e à realidade material, social e ideativa sobre a qual elas intervêm*” como refere Spink (1993:304)

Outro elemento a destacar na abordagem marxista é a relação entre representações e ideologia. Minayo (1994b:170) resume que “*a Escola Marxista coloca como denominador comum da ideologia, das idéias, dos pensamentos, da consciência, portanto das representações sociais, a base material*”.

As representações e a ideologia, em algumas circunstâncias aparecem como sinônimos e, em outras, as representações são consideradas como parte da ideologia.

As representações sociais podem ser captadas em “*indivíduos determinados, sob condições determinadas*”, de tal forma que estas informam sobre as condições reais de vida da população, expressas no plano individual (Minayo, 1994b:171). Nesse sentido, Minayo, afirma que “*não existem idéias universais, apesar de que as representações sociais das classes dominantes possam aparecer como as únicas universalmente válidas*” (Minayo, 1994b:171).

Vinculadas à prática social, as representações sociais manifestam-se através da linguagem, “*tomada como forma de conhecimento e de interação social*” (Minayo, 1994b:173). Estas representações são geradas das próprias contradições existentes entre o modo de produção da vida material, as idéias, os sentimentos e as aspirações dos membros de

um grupo que se opõem a outros grupos no interior da sociedade. Portanto, podemos dizer que as representações estão comprometidas com as condições de classe e com cada grupo social que as enuncia, a partir da sua posição no conjunto da sociedade.

Sob esta perspectiva, podemos assinalar que as representações sociais não se apresentam de forma homogênea e sim de forma múltipla, diversa e contraditória. Nesse sentido, existem representações dominantes que *“nada mais são do que a expressão ideal das relações materiais dominantes, colocadas como idéias gerais, comuns e universais de todos os membros da sociedade”* (Minayo, 1994b:167). E, por outro lado, simultaneamente, geram-se as representações construídas pelos grupos subalternos em uma posição de subordinação ou de reinterpretção da visão dominante, de acordo com suas condições de existência.

Assim, os atores sociais *“constroem sua vida e explicam-na mediante seus conhecimentos, expressando as contradições e conflitos nos quais foram geradas”* (Minayo, 1994b:171).

Minayo (1994b) assinala que as representações sociais expressam elementos tanto da dominação como da resistência, tanto das contradições e conflitos como do conformismo. Entretanto, a sua compreensão e a sua análise são possíveis por apresentarem núcleos diversos de *“clareza e de nitidez em relação à realidade”* (Minayo, 1994b:174). Nesta diversidade, Spink (1993:305) ainda diz que para a compreensão das representações sociais buscam-se os *“elementos mais estáveis, aqueles que permitem a emergência de identidades compartilhadas”*, e por outro lado, trabalha-se com *“o que há de diferente, diverso e contraditório no fluxo do discurso social”*.

Cabe destacar aqui, a contribuição de Gramsci sobre as representações sociais apresentada por Minayo (1994b:169) através de três elementos:

a) o **caráter de conformismo** de que elas são reveladoras e o caráter de abrangência desse conformismo, de acordo com os diferentes grupos sociais, mostra que cada grupo social tem seu próprio conformismo e ilusão;

b) os aspectos dinâmicos, geradores de mudanças que coexistem com o conservadorismo no senso comum;

c) a composição mais abrangente das diferentes concepções de mundo de qualquer grupo social e de determinada época histórica. Isto nos remete à compreensão das representações sociais *“como uma combinação específica de idéias das classes dominantes e das concepções dos grupos subalternos, numa relação de dominação, subordinação e resistência entre os dois pólos”* (grifo nosso).

Finalmente, como é possível a compreensão das representações sociais? Este processo se dá através da palavra. Bakhtin assinala que cada época e cada grupo social têm seu repertório de formas de discurso, determinadas pelas relações de produção e pela estrutura sócio-política. Assim, a palavra constitui-se na “*arena onde se confrontam interesses contraditórios, veiculando e sofrendo os efeitos das lutas de classes, servindo ao mesmo tempo como instrumento e como material*” (apud Minayo, 1994b:175).

Revisamos o conceito de representações sociais a ser utilizado e, a seguir, tentaremos fornecer elementos que nos permitam construir uma relação entre esta perspectiva e a ótica de gênero que pretendemos dar à nossa pesquisa.

Tradicionalmente, a sociedade tem definido os papéis sexuais para homens e mulheres numa visão dualista apoiada nas diferenças biológicas que constróem opostos binários sobre o masculino e o feminino. Para os homens, definem-se características ligadas com a produção, a razão, a cultura e a mente; e para as mulheres, a reprodução, as emoções, o corpo e a natureza definem-se como elementos de sua identidade. Segundo Giffin (1994:151), nesta tradição, os pares binários (cultura/natureza, razão/emoção, sujeito/objeto, mente/corpo) “*são vistos como opostos e excludentes, além de fixos nas suas diferenças*”. Esta representação binária também se reflete tanto na construção dos gêneros, afirmando que “*o homem é ativo e a mulher passiva*”, como na construção da sexualidade que define “*homens sexualmente ativos e mulheres sexualmente passivas*”.

Esta construção regula a afetividade, a sexualidade, as relações entre homens e mulheres na sociedade e, fundamentalmente, na família.

Na medida em que a família é considerada como a principal instituição social de reprodução biológica e social e onde estabelece-se as normas para regular a afetividade, a sexualidade e toda a vida individual, a questão da violência de gênero situa-se no mundo privado, no espaço do cotidiano, do intrasendente, contraposto ao mundo público considerado “*como universo de la palabra con efecto político, del trabajo con efecto productivo y de la eficacia con efecto de poder*” (Brunner apud Fernandez, 1992:148). Este contexto proporciona à violência de gênero seu caráter de invisível, tanto porque a sociedade o torna **invisível** como porque o naturaliza, num complexo processo sócio-histórico. Segundo Fernandez (1992:144), “*un invisible social, no es lo oculto en alguna profundidad, sino que, paradójicamente, se conforma de hechos, acontecimientos, procesos, dispositivos, producidos-reproducidos en toda la extensión de la superficie tanto social como objetiva (...) Lo invisible no es lo oculto, sino lo denegado, lo interdicto de ser visto*”.

O gênero é um conceito trabalhado nas Ciências Sociais desde a década de 80 e refere-se à construção histórica das relações sociais entre os sexos. Temos privilegiado esta abordagem porque este referencial teórico nos permite compreender as representações dos profissionais de saúde a partir da sua posição como sujeitos na sociedade e do que eles entendem que sejam as relações constituídas entre homens e mulheres. Estas representações, por sua vez, orientam a atuação desses profissionais frente ao fenômeno da violência doméstica contra a mulher.

Saffioti e Almeida (1995a:23) afirmam que *“o gênero, assim como a classe e a raça/etnia, condiciona a percepção do mundo circundante e o pensamento. Funciona, assim como um crivo através do qual o mundo é apreendido pelo sujeito”*. Porém, as autoras não pretendem reduzir esta compreensão à percepção de gênero, devido a que estes elementos (gênero, classe, raça/etnia) são fundamentais na conformação das relações sociais, tanto entre homens e mulheres, homens e homens e mulheres e mulheres.

Estas autoras compreendem que na construção do gênero inclui-se a instância cultural e as práticas sociais, que permeiam as instâncias do simbólico, das normas de interpretação do significado dos diferentes símbolos, da política e da identidade masculina e feminina ao nível da subjetividade. Entretanto, homens e mulheres têm um papel diferente nas relações sociais que podem ser conflituosas ou de aliança.

Outra dimensão, assinalada por Lauretis, afirma que o gênero é a representação de uma relação e *“não é apenas uma construção sócio-cultural, mas também um aparelho semiótico, um sistema de representação que atribui significado (identidade, valor, prestígio) aos indivíduos no interior da sociedade”* (apud Saffioti e Almeida, 1995a:20)

Desta forma, definem-se as representações do ser mulher e do ser homem na sociedade. Estas representações repousam sobre uma base material que condiciona um determinado tipo de relações sociais que pode contribuir para transformá-la. Saffioti e Almeida (1995b:49) afirmam que *“o contexto material permeia o nível simbólico, o nível das representações, e estas constituem um dado do real”*. Nesse sentido, as representações são geradas pela mediação entre os sujeitos e entre esses sujeitos e suas condições reais de vida.

Diversos autores assinalam que para as mulheres, tanto a construção de papéis sexuais, da identidade de gênero, como das relações entre os gêneros - incluindo as respostas de mulheres que vivem em situações de violência - envolve processos permanentes de acomodação e resistência (Moreira et al., 1992; Anyon, 1990; Uribe e Sánchez, 1988). Dessa forma, *“las mujeres estructuran sus espacios, producciones y enlaces sociales y subjetivos en el marco de conflictos de poder con el otro género, donde sin lugar a dudas en desventajas*

objetivas y subjetivas se subordinan pero también resisten y enfrentan una hegemonía masculina que nunca es monolítica” (Fernandez, 1992:146).

Portanto, verificamos que a construção das relações sociais entre os gêneros tem um significativo caráter de **ambigüidade**, que segundo Lauretis, significa “*a capacidade de um discurso de construir e desconstruir-reconstruir, o poder das práticas sociais de modelar condutas masculinas e comportamentos femininos e de inová-los*” (apud Saffioti e Almeida, 1995a:21).

Nesse sentido, para Saffioti (1994:277) a construção da ideologia de gênero:

“Procede através da naturalização das diferenças que foram socialmente construídas, podendo, por conseguinte, ser transformadas. No contexto do pensamento ideológico, a apresentação das diferenças como naturais constitui uma necessidade. Sem este requisito, o uso da diferença, para fins discriminatórios, não alcança eficácia política”.

Na sociedade, a visão dualista, já citada, impõe-se para criar uma ideologia na qual a violência de gênero aparece como “*intrínseca à relação conjugal*” (Moreira et al., 1992:184), tolerando-se a violência como medida repressiva e corretiva, de responsabilidade individual, protegida pelo silêncio sobre o que acontece entre quatro paredes. Por outro lado, expressa-se também nas normas, nos valores, nas idéias e nos ditados populares sobre o que deveriam ser as respostas das mulheres para enfrentar situações de violência como as que acontecem nas relações entre homens e mulheres.

Finalmente, desenvolvido nosso marco teórico, cabe-nos colocar nossa preocupação central, ou seja, como este conjunto de representações, de idéias, de pensamentos que normalizam e naturalizam a violência contra a mulher no âmbito doméstico se **re-elabora**, se representa, se **re-cria** através dos profissionais de saúde? Nossa pesquisa pretende lançar luzes sobre este aspecto.

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS DA PESQUISA

Objetivo central:

1. Analisar as representações dos profissionais de saúde sobre o papel assinalado dos serviços públicos do setor diante da violência de gênero no âmbito doméstico.

Objetivos específicos:

1. Compreender as representações dos profissionais de saúde sobre a violência de gênero no âmbito doméstico e de que forma a ideologia de gênero influencia essas representações.
2. Descrever as dinâmicas de atendimento a mulheres em situações de violência desenvolvidas pelos profissionais de saúde.
3. Analisar as dificuldades para atuar diante da violência de gênero no âmbito doméstico assinaladas pelos profissionais de saúde.
4. Analisar os aspectos centrais da relação entre as representações sobre a violência de gênero e as possibilidades de atuação neste tipo específico de violência enunciados pelos profissionais de saúde.
5. Contribuir com subsídios para a discussão de ações possíveis de serem desenvolvidas nos serviços de saúde pública perante a violência doméstica.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Como expresso anteriormente, o nosso objeto de estudo define-se como a análise das representações dos profissionais de saúde sobre a violência de gênero no âmbito doméstico e de que forma essas representações influenciam sua visão da construção do papel dos serviços públicos de saúde diante deste fenômeno. Para compreender a complexidade da construção destas representações e as relações com o contexto na qual se produzem, utilizamos a metodologia qualitativa. Como aponta Minayo (1994c:21) a pesquisa qualitativa *“trabalha com o 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”*.

Nesse sentido, a complexidade da construção das representações está imersa num movimento dinâmico de relação entre o que os sujeitos pensam e o contexto (base material) da vida social que determina essas representações. Na medida em que as representações *“se reproduzem e se modificam a partir das estruturas e das relações coletivas e dos grupos”*, apresentam *“elementos tanto da dominação como da resistência, tanto das contradições e conflitos como do conformismo”* (Minayo, 1994b:174).

Em nossa pesquisa pretendemos apreender estes elementos, presentes nas falas dos profissionais de saúde nas suas múltiplas dimensões. Portanto, optamos por utilizar a metodologia dialética que segundo Demo:

“Se baseia na observação da realidade social e na adequação a ela da visão dialética que privilegia: a) a contradição e o conflito predominando sobre a harmonia e o consenso; b) o fenômeno da transição, da mudança, do vir-a-ser sobre a estabilidade; c) o movimento histórico; d) a totalidade e a unidade dos contrários” (Demo, 1985 apud Minayo, 1994b:86).

Quanto à questão específica da prevenção da violência de gênero, esta nos remete à tensão entre o que se define como o campo da saúde pública por um lado, e um núcleo de questões referidas às práticas dos profissionais de saúde e à organização dos serviços públicos do setor, por outro. Neste contexto problemático, interessam-nos, principalmente, os seguintes elementos: as diferentes idéias, visões de mundo, crenças, valores que os profissionais de

saúde têm da violência em geral, da relação homem-mulher, da violência de gênero e suas consequências sobre a saúde da mulher; como os modelos de atenção e os níveis de atendimento oferecidos pelos serviços influenciam a construção dessas representações e as possibilidades de atuação assinaladas para esses serviços; de que forma a organização dos serviços públicos, a experiência das equipes multiprofissionais, as expectativas dos profissionais e as condições de trabalho permeiam as falas destes profissionais, no que diz respeito à violência de gênero.

Neste trabalho, a fim de apreender a complexidade do nosso objeto de estudo, utilizamos entrevistas semi-estruturadas. Esta técnica nos permitirá *“enumerar de forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação”* (Minayo, 1994b:121).

Na análise dos dados tentamos recuperar o marco da perspectiva hermenêutica-dialética a partir da síntese elaborada por Minayo (1994b). Consideramos que sob esta perspectiva, é possível apreender a dimensão prática e as dimensões históricas em que se elaboram as representações e conseqüentemente o marco global do que seria o papel dos serviços públicos de saúde diante da violência de gênero.

Minayo (1994b:231) aponta que o método hermenêutico-dialético é o *“mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade. Ele coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida”*.

Nesse sentido, privilegiamos em nossa análise o contexto social e cultural; as práticas de saúde e a organização do processo de trabalho; as políticas e as organizações destas instituições; as mudanças nas relações de gênero e o papel da mulher na sociedade. Tais elementos são condições de possibilidade para o desenvolvimento das representações sociais dos profissionais de saúde e, por isso, importam sobremaneira à sua compreensão.

Segundo Minayo:

“A união da hermenêutica com a dialética leva a que o intérprete busque entender o texto, a fala, o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos frutos de múltiplas determinações mas com significado específico. Esse texto é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o

intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político e onde o acordo subsiste ao mesmo tempo que as tensões e perturbações sociais” (Minayo, 1994b:227).

A DESCRIÇÃO DO ESPAÇO DA PESQUISA

Nesta pesquisa, a fim de atingir nossos objetivos entrevistamos profissionais de saúde inseridos em dois modelos de atenção de nível primário tanto na cidade do Rio de Janeiro como em Niterói. Esta escolha justifica-se porque consideramos que este elemento- modelo de atenção - é importante na definição das formas de inserção e de intervenção dos profissionais sobre os problemas de saúde.

Em Niterói escolhemos o Programa Médico de Família (PMF), considerada como uma alternativa ao modelo assistencial vigente nos serviços de saúde. Os antecedentes, os elementos da estrutura e da organização das ações aqui relatadas derivam da entrevista a um dos coordenadores do PMF.

O Programa Médico de Família surge em 1992, inspirado na experiência cubana de Medicina Familiar. Em 1991, o prefeito de Niterói e o Secretário Municipal de Saúde viajaram à Cuba, intensificando as relações, que desde 1989 estabeleceram-se a partir das epidemias de dengue I e II e, posteriormente, da vacina antimeningite. Nessa viagem iniciam-se os contatos para adaptar a experiência cubana e, com a assessoria técnica do diretor do Policlínico Lawton de Havana começaram a implantar-se ações visando a estruturação do Programa em Niterói.

O Programa é estruturado através de uma equipe coordenadora municipal, composta pelo Secretário Municipal de Saúde e pela Superintendente de Ações Integradas de Saúde. A proposta define-se como “porta de entrada para o sistema de saúde” em um modelo assistencial baseado nos princípios de hierarquização, regionalização, integralidade e adscrição da clientela.

Este Programa busca implementar ações de promoção e prevenção em saúde assim como assistência médica (diagnóstico precoce e tratamento oportuno) através de equipes básicas que funcionam em diferentes módulos comunitários.

A definição do funcionamento de um módulo depende dos seguintes critérios: a) delimitação geográfica da comunidade; b) representação local, através da associação de moradores e, c) local comunitário com infra-estrutura básica para adequá-lo ao atendimento.

Em setembro de 1992 é inaugurado o primeiro módulo no Morro do Preventório, bairro de Charitas e nesse mesmo ano, são inaugurados outros dois: o do morro do Viradouro,

em outubro e o do morro do Cavalão, em novembro. Em 1996, já estão em funcionamento 12 módulos situados nas seguintes comunidades: morro da Ilha da Conceição, morro de Cascarejos, morro do Céu, morro de Maruí, morro de Cantagalo, morro de Engenho do Mato, morro de Cafubá, morro Vital Brasil, e um módulo para os taxistas (categoria profissional).

As comunidades são divididas por setores. Cada setor abrange entre 200 e 250 famílias ou 1200 pessoas aproximadamente e é acompanhado por uma equipe básica constituída por um médico e uma auxiliar de enfermagem. Atualmente existem 43 equipes básicas. Os médicos atuam como generalistas, porém, têm diferentes especialidades como pediatria, saúde pública ou gineco-obstetrícia. As auxiliares de enfermagem são moradoras da própria comunidade.

Cada grupo de 15 equipes básicas possui uma equipe de supervisão constituída por médicos especialistas em pediatria, gineco-obstetrícia, clínica geral e saúde pública mais um profissional de enfermagem, de serviço social e de psicologia. Essa equipe dá assessoria técnica nas respectivas especialidades, assim como orientações para os encaminhamentos necessários a outros serviços e oferece treinamento em serviço e educação continuada visitando os módulos periodicamente. Todas as equipes se reúnem uma vez por semana para avaliar as atividades desenvolvidas e/ou capacitação sobre aspectos que os próprios profissionais demandam a partir das necessidades encontradas no trabalho.

Cada equipe básica trabalha em horário integral (40 horas) dividido em atendimento nos consultórios dos módulos e atividades consideradas de “campo”, o que inclui a realização de visitas domiciliares, visitas hospitalares e ações de educação para a saúde. As prioridades da atenção são as crianças menores de um ano, as gestantes e os portadores de doenças crônicas. Cada equipe cadastra todos os moradores utilizando fichas individuais e familiares que incluem informações sócio-econômicas, de moradia, de saneamento ambiental e de saúde. As visitas domiciliares são efetuadas todas as semanas e têm por objetivos a busca ativa de pessoas que faltam às consultas; orientação sobre medicação; educação para a saúde individual e familiar e estabelecer um contato permanente com a comunidade. As atividades de educação também são realizadas nos próprios módulos, para diferentes grupos sejam de gestantes, de adolescentes ou de mulheres para discutir questões de planejamento familiar e de puericultura.

Finalmente, a gestão do Programa estabelece-se entre as Associações de Moradores e a Prefeitura Municipal de Saúde visando a administração conjunta e a avaliação do desempenho das equipes. As Associações de Moradores são as que contratam os profissionais para a atuação local, com repasse de verbas do município. A coordenação municipal, via equipes de

supervisão, tem a responsabilidade de selecionar, acompanhar e avaliar, do ponto de vista técnico estes profissionais, embora as Associações de Moradores possam indicar os componentes das equipes (Senna, 1995).

No Rio de Janeiro escolhemos duas unidades de atenção básica (primária) da rede municipal de saúde. Segundo este modelo assistencial, esses serviços constituem-se a porta de entrada no sistema de saúde. A organização da assistência à saúde é estabelecida através de Programas, por exemplo, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente, o Programa de Atenção ao Idoso, o Programa do Adulto, o Programa de Saúde Mental, entre outros. Desenvolvem-se também ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária e as ações educativas em cada programa de saúde. O serviço social atende às demandas de atendimento de todos os programas. A clientela desses serviços, fundamentalmente, é da população de baixa renda.

No Rio de Janeiro, as entrevistas foram realizadas junto com os profissionais médicos (clínicos e ginecologistas), de enfermagem e auxiliares de enfermagem do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Programa do Adulto, assim como com assistentes sociais e psicólogas desses serviços. Cabe destacar que as ações educativas são desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem, serviço social e psicólogas nos grupos tanto de mulheres como de adolescentes, denominados de acordo com o eixo central da atividade educativa, por exemplo, grupo de gestantes, grupo de planejamento familiar, grupo de entrega de resultados de preventivo.

No Programa Médico de Família, entrevistamos as equipes básicas (médicos e auxiliares de enfermagem) de quatro módulos, assim como à enfermeira e assistente social da equipe de supervisão. A seleção desses módulos foi iniciativa dos coordenadores das equipes de supervisão com quem estabelecemos nosso contato inicial.

O RELATO DA ENTRADA NO TRABALHO DE CAMPO

Uma vez delimitado o espaço da pesquisa, iniciou-se o trabalho de campo em fevereiro de 1997, nos serviços de saúde do Rio de Janeiro. Esta etapa concluiu-se em meados de março, dando início aos primeiros contatos com o Programa Médico de Família de Niterói.

Começamos descrevendo nossa aproximação com os serviços do Rio de Janeiro, que foi semelhante em ambos serviços, embora tivesse diferentes encaminhamentos. Em primeiro lugar, procuramos a direção de um dos centros de saúde, nos apresentamos e entregamos uma carta de apresentação assinada pela orientadora dessa tese. Nesse encontro explicamos o projeto, esclarecendo os objetivos, a importância e as possíveis repercussões advindas da pesquisa. Nesse momento solicitamos a colaboração para desenvolver as entrevistas com os profissionais de saúde durante os horários de atendimento. A direção do centro aceitou a participação na pesquisa manifestando que não havia a intenção de diminuir o número de atendimentos nos horários marcados para as entrevistas e que a aceitação dependia da disponibilidade dos profissionais. A seguir, fomos encaminhadas para a Coordenação de Programas, voltando a apresentar o projeto. Essa Coordenação considerou que a mediação com os profissionais de saúde a serem entrevistados devia ser efetuada através da Presidenta do Centro de Estudos. Mas, na maioria dos casos, não houve essa mediação. Dessa maneira, o contato inicial com os entrevistados estabeleceu-se a partir dos nomes afixados no cronograma de atenção. Em poucos casos os profissionais já entrevistados mediarão o contato com outros colegas.

Paralelamente, iniciamos contato com o outro serviço de saúde. Em uma reunião conjunta da direção, das coordenações de Programas e do Programa Materno-Infantil apresentamos nossa pesquisa. Após a aceitação, ambas coordenadoras mediarão todos os contatos com os profissionais que elas consideravam ter uma maior disponibilidade para serem entrevistados, e ainda autorizaram a diminuição do número de atendimentos nos horários estabelecidos.

Em geral, nos dirigíamos a cada profissional esperando sempre o melhor momento para nos apresentar, introduzir a pesquisa e seus objetivos e colocar clara e detalhadamente o tema abordado (explicitamos que falaríamos sobre a violência em geral e a violência contra a mulher no âmbito doméstico, como eles viam o relacionamento homem-mulher, qual era a sua prática nas situações em que estiveram diante de mulheres vítimas de violência, qual seria o papel dos serviços de saúde diante desse fenômeno, que possibilidades de atuação vêm para

os serviços de saúde), o tempo médio da entrevista (definido anteriormente nos pré-testes do roteiro da entrevista), o sigilo, o anonimato, e o uso do gravador.

Alguns profissionais disseram que não tinham atendido mulheres em situações de violência, razão pela qual não aceitaram serem entrevistados, apesar de nossa explicação de que esse elemento era importante já que nossa pesquisa buscava apreender todas essas dimensões.

Geralmente, as entrevistas eram marcadas para serem desenvolvidas nos dias seguintes ao primeiro contato, quase sempre ao final dos turnos de atendimento que podiam ser entre às 11 h. e 13 h. e entre às 15 h e 17 h. Em alguns casos, depois de duas ou três tentativas fracassadas, pelos mais diversos motivos, entendíamos que não havia condições de insistir para desenvolver a entrevista. Isto aconteceu principalmente com os médicos do Programa do Adulto em ambos centros de saúde, nos quais somente conseguimos a aceitação de duas médicas, porém, uma delas respondeu às perguntas por escrito, motivo pelo qual suas respostas não foram consideradas na análise de nossos resultados. Três entrevistas a mais não foram consideradas devido ao fato de não terem sido gravadas por problemas técnicos.

As entrevistas aconteceram nos consultórios de atendimento médico e de enfermagem dos Programas da Saúde da Mulher e do Adulto e, nas salas das assistentes sociais e psicólogas. Os ambientes estiveram sempre adequados e arrumados, permitindo um espaço propício para o desenrolar da entrevista. As entrevistas das auxiliares foram aquelas que demoraram menos tempo, devido às características do seu próprio trabalho. Entre um turno e o outro ficava pouco tempo para a entrevista, pois deviam terminar de organizar os atendimentos realizados e começar a organizar os atendimentos seguintes.

Em algumas oportunidades aconteceram atrasos nos horários marcados para as entrevistas. Esse tempo nos permitiu observar algo das dinâmicas do processo de trabalho (a marcação das consultas, o preenchimento das fichas de identificação, o preparo das usuárias) e dos espaços desses serviços (os corredores, a sinalização para orientar o usuário, as salas de espera, os consultórios, os diálogos, muitas vezes sendo confundida como usuária desses serviços). Esses espaços revelam a convivência de usuários e de profissionais, percorridos por pessoas que falam alto, baixo ou que permanecem caladas; de alguns sujeitos que riem pouco; de sujeitos que esperam respostas a suas queixas, suas doenças, suas dores, mas também de sujeitos que além de suas preocupações escutam o outro, consolam, fazem brincadeiras, enfim, que estão a espera da esperança. Esses espaços são de grande convívio, em muitos casos de períodos breves, momentâneos, porque muitos deles não se encontraram mais; outros são encontros de velhos conhecidos ou encontros de novos conhecidos. Geralmente, são

horas e horas de espera, onde se compartilham a aflição, a preocupação, a doença, a gravidez, a pressão alta, o preventivo, as formas de evitar filhos.

Com respeito à nossa aproximação com o Programa de Médico de Família, depois de várias tentativas de entrarmos em contato com as coordenações das equipes de supervisão, conseguimos apresentar nosso projeto, seguindo os procedimentos descritos para o Rio de Janeiro. As coordenações mostraram-se muito interessadas, porque a questão da violência contra a mulher, assim como a violência contra a criança, tinham sido questões discutidas em algumas oportunidades durante as reuniões periódicas de avaliação. Coincidentemente, nesta época discutia-se a participação do Programa em uma pesquisa coordenada pelo Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sobre protocolos para atenção de crianças em situações de violência doméstica.

Após a reunião com os coordenadores das equipes de supervisão foi decidido que o espaço da pesquisa devia concentrar-se em uma das coordenações. Posteriormente, apresentamos o projeto à equipe de supervisão, reafirmando seu interesse em participar. Nessa reunião foi estabelecido que as entrevistas deviam ser realizadas com os membros das equipes básicas (4 profissionais por equipe: médico, auxiliar de enfermagem, assistente social e enfermeira da equipe de supervisão).

Todos os contatos com os médicos e auxiliares de enfermagem foram mediados pelos membros da equipe de supervisão, que apresentaram de forma geral a pesquisa e combinaram um horário para apresentar o projeto de forma detalhada. Nesses primeiros encontros com os profissionais, que aconteceram nos próprios módulos, estivemos sempre acompanhadas por um dos membros da equipe de supervisão. Posteriormente, foram definidos os horários das entrevistas, fazendo com que tivéssemos que voltar várias vezes aos módulos. Somente as duas entrevistas com membros da equipe de supervisão foram desenvolvidas no local de funcionamento administrativo do PMF.

Dois dos módulos são locais comunitários que foram acondicionados para o desenvolvimento das atividades de atendimento. São consultórios pequenos e por vezes as conversações entre o médico e a usuária podem ser ouvidas por outras pessoas devido as próprias deficiências da infra-estrutura. As demais salas (de espera, de curativos, de marcação de consultas) também são pequenas, entretanto, o espaço é muito aconchegante gerando um ambiente de muita cordialidade. Os outros dois módulos são locais construídos com desenhos apropriados. Os consultórios, a sala de espera, a sala de curativos são amplos e bem ventilados. Todos os módulos estão bem cuidados, limpos e aconchegantes, inclusive para alguém que “chega de fora”.

Geralmente, não observamos muitas pessoas nas salas de espera dos módulos já que as consultas são previamente agendadas, portanto, os usuários vão chegando de acordo com esse horário. Em cada módulo trabalham duas ou três equipes básicas, enquanto uma das equipes realiza as visitas domiciliares, a(s) outra (s) equipes ficam nos módulos para o atendimento.

A receptividade dos profissionais para desenvolver a entrevista foi um aspecto muito importante para o desenvolvimento de uma relação adequada entre o pesquisador e o entrevistado, permitindo-nos criar um espaço de comunicação apropriado para discorrer o mais tranqüilamente possível sobre o tema tratado. As entrevistas geralmente aconteceram entre as 8:30 h e 11 h e de 15 h às 17 h.

Após a entrada no trabalho de campo, realizamos 30 entrevistas semi-estruturadas, 15 entrevistas no Rio de Janeiro e 15 entrevistas no PMF. O roteiro da entrevista encontra-se no Anexo 1. As entrevistas abordaram os seguintes temas:

1. variáveis de identificação: sexo, idade, estado civil, profissão.
2. formação profissional: especialização, tempo de formação, tempo de trabalho no serviço de saúde, atividades desenvolvidas
3. conteúdos gerais:
 - percepção sobre a violência em geral.
 - a violência que mais preocupa o profissional de saúde.
 - os tipos de violência que atingem aos homens e mulheres.
 - as relações de gênero e as mudanças.
4. conteúdos específicos:
 - percepção sobre a violência contra a mulher no âmbito doméstico, as causas ou fatores que geram esse tipo de violência.
 - suspeita, identificação e atuação diante da violência contra a mulher no âmbito doméstico.
 - papel dos serviços de saúde perante a violência contra a mulher no âmbito doméstico.
 - responsabilidade dos profissionais de saúde para intervir em situações de mulheres vítimas de violência.
 - papel dos serviços de saúde na prevenção desse tipo de violência.
 - dificuldades para identificar, atuar e prevenir a violência contra a mulher.
 - possibilidades de atuação dos serviços de saúde diante da violência contra a mulher.

- percepção da violência contra a mulher como um problema para a saúde.
- percepção da violência contra a mulher como um problema de saúde pública.

A primeira versão do roteiro da entrevista foi pré-testado com três profissionais de outro centro de saúde. Esse teste teve por objetivos, em primeiro lugar, verificar a utilização de uma linguagem apropriada que facilitasse a compreensão das perguntas, e em segundo lugar, observar a seqüência das perguntas de forma adequada. Como resultado desse teste mudamos a seqüência de algumas questões a fim de estabelecer um melhor encadeamento. Melhoramos a forma de perguntar e, reduzimos também o número de perguntas, visto que muitas delas eram bastante parecidas, levando a obter informações repetidas e prolongando desnecessariamente a entrevista. Isto podia constituir-se em um elemento cansativo e desgastante, considerando que os profissionais de saúde têm pouco tempo para responder a uma entrevista.

O roteiro utilizado nas duas primeiras entrevistas com os sujeitos da pesquisa ainda teve algumas modificações, principalmente de linguagem para tornar as perguntas mais compreensíveis. Dessa forma, ficou definido o roteiro final e iniciamos as entrevistas.

Os profissionais entrevistados no Rio de Janeiro, em geral, não tiveram dificuldades em falar sobre os temas propostos, embora alguns deles expressassem surpresa com o nosso objeto de estudo. Alguns dos profissionais pensaram que nossa pesquisa tratava da violência institucional (ou seja, violência dos serviços de saúde no atendimento aos usuários). Os profissionais do PMF entrevistados em geral, consideraram importante o momento da pesquisa, porque como já fora assinalado, o Programa já vinha discutindo algumas questões para abordar a violência contra a criança.

Um importante número dos profissionais entrevistados manifestaram que a violência contra a criança, especialmente, violência física e sexual, são realidades com as quais se confrontam mais freqüentemente no cotidiano de suas atividades. Muito menos expressivas foram as referências à violência contra adolescentes e idosos.

Antes de começarmos a entrevista, colocávamos de novo os objetivos, as questões que devíamos abordar e confirmávamos a aceitação para gravar as entrevistas.

Quanto ao desenvolvimento da entrevista propriamente dita, podemos dizer que, na maioria de casos, gerou-se um ambiente agradável, permitindo abordar com tranquilidade as questões do roteiro. Em algumas poucas entrevistas no Rio de Janeiro, estas aconteceram muito rapidamente, e com respostas curtas que por vezes nos fizeram sentir dificuldade para aprofundar alguns temas. Cabe ressaltar que com os profissionais do PMF conseguimos gerar

um “clima” de maior confiança, talvez pela nossa identificação com o tipo de trabalho desenvolvido pelos entrevistados, que já havíamos realizado anos atrás em nosso país.

Algumas questões como falar sobre o papel dos serviços de saúde e a responsabilidade dos profissionais para intervir nos casos de mulheres vítimas de violência, geravam uma certa tensão durante a entrevista. Essas perguntas estavam ao final do roteiro e, de certa forma, esses aspectos vinham sendo colocados ao longo da entrevista. No entanto, nesse momento as respostas tinham que ser mais explícitas sobre o que os profissionais pensavam destas questões. Em geral, foram superados esses impasses, mostrando sempre respeito pelas opiniões dos entrevistados.

As entrevistas foram realizadas num período de dois meses (fevereiro e março), o que em alguns momentos nos levou a efetuar três entrevistas por dia. A média de duração de cada entrevista foi de 50 minutos, variando entre 35 minutos e uma hora e dez minutos.

No Rio de Janeiro, entrevistaram-se os seguintes profissionais: auxiliares de enfermagem (3), enfermagem (3), psicologia (2), assistente social (2) e medicina (5). Do total de 15 entrevistados, 14 eram mulheres e somente um homem. No PMF realizaram-se as seguintes entrevistas: auxiliares de enfermagem (5), enfermagem (1), assistente social (1) e medicina (8). Do total de 15 entrevistados, 12 eram mulheres e três homens. As informações sobre idade, estado civil, tempo de formação e tempo de trabalho nesses serviços são detalhadas no Anexo 2.

ANÁLISE DAS FALAS DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Inicialmente foram realizadas a transcrição das entrevistas -pela própria pesquisadora-, terminando-se um mês depois de encerrado o trabalho de campo. Nesse processo de escutar e escrever, foi possível identificar algumas idéias relevantes que surgiram a partir das falas dos entrevistados. Concluída a transcrição, começamos as primeiras leituras que nos permitiram continuar com as anotações de questões que as falas nos suscitavam.

Seguidamente organizamos os dados segundo os temas tratados no roteiro da entrevista e segundo as categorias profissionais de ambos modelos de atenção, objeto de nossa pesquisa.

Após uma segunda “leitura” das entrevistas elaboramos uma classificação dos dados, buscando apreender as estruturas de relevância e as idéias centrais que os sujeitos da pesquisa tentavam transmitir. Desta forma, delineamos algumas categorias empíricas que foram construídas a partir da confrontação permanente com as categorias analíticas estabelecidas como balizas da investigação. Por exemplo, as concepções que os profissionais de saúde têm sobre a violência de gênero no âmbito doméstico permitiram elaborar as categorias empíricas que começaram a vislumbrar representações desse fenômeno, tanto como “um problema privado” e “que perpassa as classes sociais” .

A combinação das categorias empíricas e de temas nos permitiram definir a construção de “conteúdos temáticos” sobre os quais se organizariam as representações, por exemplo, as causas da violência de gênero no âmbito doméstico.

Analiticamente, as representações que se pretenderam captar podem ser desdobradas em 3 níveis: em primeiro lugar, o nível que diz respeito às concepções dos profissionais de saúde sobre como vêem e explicam as dinâmicas que geram a violência de gênero no âmbito doméstico e de que forma a ideologia relacionada às relações de gênero e aos papéis de gênero na sociedade influenciam os discursos desses profissionais; em segundo lugar, o que concerne aos discursos sobre suas práticas (detecção, identificação e atuação) nos casos de atendimento a mulheres em situações de violência; as dificuldades para atuar diante desse problema e a caracterização geral dessas práticas e, em terceiro lugar, o que se refere ao papel dos serviços de saúde em geral e especificamente na prevenção desse fenômeno e às responsabilidades que cabem aos profissionais e aos serviços de saúde.

Durante a classificação dos dados percebemos que os sujeitos do estudo elaboram e reconstroem os significados e as explicações, tanto sobre a violência de gênero, como sobre o papel dos serviços de saúde nesse fenômeno, através da referência permanente às suas

práticas; às responsabilidades deles como profissionais de saúde diante desse tipo de violência e à organização de serviços, no qual estão inseridos e, em geral, ao sistema público de saúde.

Para a análise privilegiamos os seguintes temas:

1. A percepção da violência em geral
2. As relações de gênero e as mudanças.
3. A percepção da violência contra a mulher no âmbito doméstico e as causas que geram esse fenômeno.
4. Atuação profissional diante da violência contra a mulher no âmbito doméstico.
5. As dificuldades para identificar e atuar diante da violência contra a mulher no âmbito doméstico.
6. Papel dos serviços de saúde e possibilidades de atuação diante da violência contra a mulher no âmbito doméstico.
7. As possibilidades dos serviços de saúde para desenvolver ações de prevenção.
8. Conseqüências da violência contra a mulher no âmbito doméstico para a saúde.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

Nesse capítulo, apresentamos os principais resultados obtidos na pesquisa de campo, segundo os temas já citados no capítulo anterior e organizados a partir da análise do conjunto de respostas. Em alguns temas a estrutura dos resultados diferencia as falas dos sujeitos da pesquisa tanto dos Centros de Saúde como do PMF.

TEMA 6.1: A PERCEPÇÃO DA VIOLÊNCIA EM GERAL

A incorporação desse tema no roteiro da entrevista foi considerado importante a fim de favorecer a discussão mais ampla da questão da violência contra a mulher como um fenômeno marcado pela relação entre violência e sociedade, tentando superar a visão restrita de um problema doméstico e/ou privado. Nesse sentido, justifica-se o interesse de analisar as mediações que os entrevistados podem tecer em torno de ambos temas. Tentando atingir esse objetivo foram realizadas as seguintes perguntas:

1. Como você vê a questão da violência em geral? e
2. Que tipo (s) de violência você acha preocupante?

A descrição das respostas sobre como os profissionais de saúde vêem a questão da violência em geral são apresentadas em primeiro lugar para os entrevistados do Rio de Janeiro seguida das respostas dos sujeitos de pesquisa do PMF. Essa forma de apresentação justifica-se pela diferença na abordagem entre os profissionais de ambos modelos de atenção.

Os entrevistados do PMF se referiram à questão da violência a partir de suas observações e impressões da situação social e política em torno das próprias comunidades onde eles trabalham, ou seja, falam a partir de suas percepções sobre a violência nas dinâmicas mais locais, quer dizer, nos “morros” onde desenvolvem suas atividades.

TEMA 6.1.1: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO RIO DE JANEIRO (RJ)

Os profissionais do RJ caracterizaram a violência em geral como um problema grave que representa uma ameaça para a sociedade pois transtorna o cotidiano das pessoas e as relações de convivência e tolerância nos diversos espaços de atuação dos indivíduos. Muitos dos entrevistados (8) afirmaram estar preocupados com as dimensões alcançadas pela violência, percebendo-se como um fenômeno “que cada dia está pior” e que cresce cada vez mais. Outros tantos (5) qualificaram a violência como uma situação “absurda em todos os sentidos”, que provoca “horror” e medo. Os seguintes depoimentos ilustram como a violência é vista pelos profissionais:

“Como eu vejo a violência? Um horror!, um absurdo! Quer dizer violência física é um absurdo não tem como ninguém resolver nada. Agora violência psíquica, violência velada também é um absurdo. Não concordo absolutamente”.

(médico - RJ)

“A violência no Rio atinge a todo o mundo. Eu acho uma loucura (...) A violência urbana atinge a qualquer um, independente de sexo, idade, nível sócio-econômico, cultural. A violência urbana atinge a qualquer um”.

(médica - RJ)

Somente dois profissionais expressaram opiniões diferentes dessa visão geral sobre a violência. Uma delas colocou que “nunca viu” situações de violência nem teve essa experiência, embora, reconheça a visibilidade do problema pelos relatos de amigos. Outra das entrevistadas considerou que a violência é um problema presente em todas as cidades e que sua magnitude expressa-se proporcional ao tamanho de cada cidade, portanto, ela considerou que o Rio de Janeiro não é uma cidade mais violenta que outras. A fala a seguir ilustra essa visão:

“Olha, opinião pessoal, eu não acho que o Rio seja uma cidade violenta como se coloca. Eu acho que toda comunidade (...), quanto maior esse número de pessoas a tendência da violência aumenta pelo próprio comportamento das pessoas (...) Aqui você consegue observar um número maior de assassinatos, roubos (...) Agora, eu concordo que o estresse, a falta de dinheiro, tudo isso, o transporte faz com que as pessoas se tornem violentas mas numa proporção relacionada à cidade...”.

(médica - RJ)

O seguinte aspecto que abordamos diz respeito **às causas da violência** em geral apontadas pelos profissionais de RJ. Alguns deles (4) se referiram a violência como um problema muito complexo e, estreitamente relacionado com as condições sócio-econômicas e de educação da população. O desemprego, as dificuldades econômicas e a falta de educação são consideradas como situações que podem gerar violência. Segundo a visão desses profissionais enfrentar a questão da violência passa por melhorar as condições de vida da população. Ainda que essas soluções sejam a longo prazo, implementá-las contribuirá para a diminuição da violência. Veremos nos exemplos seguintes, os depoimentos dos profissionais sobre a questão:

“[a violência] Para mim é terrível, é uma coisa que incomoda bastante. A violência do salário, a violência da fome, a violência de andar enlatado nos ônibus, enfim ... a violência da violência”.

(assistente social - RJ)

“[como vê a violência?] muita complexa. Eu acho que a gente não vai ver a solução, pode diminuir mas tem que dar as medidas básicas que são emprego para a população, casas, escola, principalmente escola, educação”.

(médica - RJ)

No depoimento seguinte, uma das entrevistadas critica o papel do governo que não assume suas responsabilidades para proporcionar condições adequadas de vida para a classe trabalhadora, o que nos levou a supor que ela faz essa distinção importante para não caracterizar a violência como um problema provocado pelos pobres:

“Agora, você sabe? Eu acho que tem jeito para isso, quando o governo resolverem pagar ao trabalhador um salário digno, que a mulher possa ficar em casa para cuidar desses filhos, educar e o pai chegar e cobrar, melhora”.

(assistente social - RJ)

Outros profissionais (4) chamaram a atenção sobre a atuação das “autoridades” com respeito ao controle da violência. Alguns deles foram mais críticos pois consideram que “as autoridades fingem que controlam” mas estão “perdendo o controle” da magnitude desse problema. Nas falas percebemos a referência, fundamentalmente, sobre a necessidade de

ações de repressão da violência urbana, que em alguns períodos do ano (carnaval, natal) torna-se mais grave e ameaçante.

“Olha! Eu vou te dizer uma coisa, eu ando muito preocupada com essa violência, sabe? É no mundo tudo, ah! muito bem, no mundo tudo mas não adianta nada. E no Brasil, Rio de Janeiro, principalmente, estamos chegando a um ponto assim de horror, vamos dizer, de horror tão grande que se as autoridades não tomarem providências urgentes, a situação vai ficar muito ruim, muito ruim”.

(auxiliar de enfermagem - RJ)

Outros profissionais (3) consideraram que a violência tem a ver com o processo de individualização e modernização da sociedade (por exemplo, a informática), que torna as pessoas mais preocupadas com elas mesmas e com seus próprios interesses, criando menos laços de solidariedade, tolerância e confiança entre as pessoas e os grupos comunitários nos quais estão inseridos. Segundo a visão desses profissionais, esse processo conduz a um crescimento da violência porque “as pessoas estão se fechando, se tornam únicas, não interessam os outros” e passam “a ser violentas sem saber porque”.

TEMA 6.1.2: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA

Como já foi assinalado anteriormente, os profissionais do PMF vêem a questão da violência a partir de uma perspectiva local, quer dizer, da observação do que acontece nas comunidades onde desenvolvem suas atividades. Segundo a visão destes profissionais a violência está fundamentalmente relacionada à questão do tráfico de drogas. Embora, algumas vezes essa questão não seja colocada diretamente, percebemos nos depoimentos uma alusão a esse problema.

Nessa perspectiva, apenas uma das entrevistadas disse que no “seu setor” a situação era pior do que nos outros setores. Seis entrevistados assinalaram que a situação nos “morros” era muito mais tranqüila e menos assustadora do que se pensava, especialmente, quando essa realidade compara-se com outros bairros de Niterói ou do Rio de Janeiro. Dois deles reafirmam essa percepção apesar de relatarem a presença de “corpos” na comunidade mas que atribuem ao enfrentamento entre grupos que controlam o tráfico de drogas em bairros próximos. Os seguintes depoimentos ilustram como a questão da violência é vista pelos profissionais:

“olha só! A violência aqui, de um modo geral, é até menos assustadora do que eu imaginava. Então quando eu vim trabalhar no módulo eu pensava que isso aqui fosse o pior lugar da face da terra. Para mim, que morei no Rio por muitos e muitos anos, morando próximo de morros, eu sabia desse tipo de violência (...) Então com a minha vinda para o módulo, eu vi que o bicho não era tão feio”.

(médica - PMF)

“Eu acho que não tem ... pra mim não tem tanta e quando acontece de ter é por influência de pessoas de fora, não da própria comunidade. Acontece de ter com pessoas da comunidade no meio mas é influência de pessoas de fora. Eu acho tranqüilo”.

(auxiliar de enfermagem - PMF)

“Eu acho que o morro é mais ou menos tranqüilo, perto das outras áreas que sofrem mais com isso, porque embora não tenham tráfico de drogas aqui, eles estão muito próximos de um lugar que tem ...”.

(médica - PMF)

Apenas uma das entrevistadas falou sobre a violência como um problema da sociedade no seu conjunto e não restrita às comunidades onde o PMF está implementado. A fala da entrevistada ilustra a sua preocupação com respeito a essa questão e à ausência de vontade política para enfrentar esta problemática:

“É uma questão muito séria que eu particularmente acho que não é vista com a seriedade que a situação exige. É uma coisa que precisa que você queira fazer alguma coisa e querer fazer a coisa acontecer”.

(médica - PMF)

A questão do tráfico de drogas foi ressaltada pelos profissionais devido às repercussões que produz no cotidiano da vida e da saúde da população. Alguns deles (3) colocaram que o uso de drogas é um problema importante entre os jovens e que, em muitos casos, gera mais violência, produto das tensões interpessoais relacionadas ao consumo da droga.

“... eles ficam drogados, fica tudo maluco, um querendo pegar o outro, no meu setor tem muito disso, eu tiro assim porque o meu setor é o pior que tem (...) eu tiro um exemplo desses dois, eles eram tão amigos, de repente ... por causa de drogas, ... parece que o outro queria, ele não foi dar, parece que não tinha dado o dinheiro pra comprar a droga, só tinha dado ele, aí começou a briga dos dois ... agora a arma deles é a faca, um enfiou a faca no outro. É um absurdo!”

(auxiliar de enfermagem - PMF)

Porém, o aspecto mais destacado pelos profissionais (10) são as conseqüências da ação repressiva da polícia para combater o tráfico de drogas, nos momentos em que acontece a “invasão” das comunidades. Essa situação é relatada como um fator importante que ocasiona sérios distúrbios para a saúde da população (hipertensão, ansiedade, insônia, entre outros) e, inclusive, percebe-se como a demanda dos usuários naquelas circunstâncias “tem uma característica específica”. Assim também, referiram que em algumas oportunidades, o desenvolvimento de suas atividades tiveram que ser interrompidas pela inexistência de condições de segurança tanto para os profissionais como para os usuários.

“... de vez em quando tem tiroteio com a polícia, fuga de pessoas, eles sofrem com isso, não dormem, medo de bala perdida, a polícia invade o quintal de alguém. Inclusive a

gente, quando a polícia está não sobe¹ ... ontem mesmo, a gente estava fazendo recadastramento (...) e uma moradora falou: ‘vocês já ouviram o tiroteio?’. A gente: ‘o quê?, está havendo tiroteio?’. A gente fica assustada e volta. Eu nunca subo o morro sozinha, eu subo sempre com a auxiliar, ela não vai me proteger mas é uma pessoa conhecida na comunidade. Quando a polícia está no morro a gente não sobe”.

(médica - PMF)

“... em compensação hipertenso que desce, e crianças, mulheres, gestantes se escondem na comunidade, ninguém desce para nada ... só aquelas pessoas de emergência. As vezes a gente tem que atender pessoas envolvidas diretamente com a violência e isso também é complicado à beça, traz insegurança para as pessoas”.

(enfermeira - PMF)

Sobre as **causas da violência**, quatro profissionais se referiram a essa questão como um problema estrutural, relacionado com as condições de pobreza e de miséria dos setores menos favorecidos da sociedade, nos quais se incluem os moradores das comunidades onde desenvolvem suas ações. Ao mesmo tempo apontam a complexidade das “raízes da violência”, devido a que as condições de escassez não são suficientes para explicar os processos desencadeantes de situações de violência, já que em diversas circunstâncias essa violência pode voltar-se contra o próprio indivíduo, como nos casos de usuários de drogas, que segundo um dos entrevistados “os viciados não tem respeito nenhum pela vida, para eles a vida não é nada, nem a dele, nem sequer para dizer, você não respeita a vida dos outros, não. Eles não respeitam a vida deles ...”.

“... de uma forma geral a violência passou a ser uma coisa assim de várias raízes. Uma época andei pensando que caminho é esse que as pessoas fazem para chegar nela, porque é uma coisa que tem tantas variáveis, que vai desde a educação, a condição sócio-econômica que a família tem, desde aquilo que conhece no mundo, tipo assim, seu pai sendo honesto, trabalhador, tem fulaninho de tal que v. quer o que ele tem, v. vê que o meio que ele conseguiu não é o meio que v. conhece. Então, automaticamente v. não vai seguir o meio que ele seguiu, qualquer que seja esse, um trabalho honesto ou o crime, o tráfico. Eu acho que é um conjunto de variáveis...”.

(médica - PMF)

Assim mesmo, esses profissionais sentem que “tem contato próximo com todo tipo de violência” e que “de alguma forma se deparam” com esse fenômeno, através de suas

¹ Expressão utilizada para referir-se às visitas domiciliares.

vivências diretamente relacionadas com as condições de vida da população (saneamento ambiental precário, desnutrição infantil, desemprego, escassos recursos sociais) e dos relatos de moradores sobre a violência “armada” que sofrem pelas ações da polícia. Um dos entrevistados expressa uma posição mais crítica com respeito à participação do Estado como elemento gerador da violência, devido a sua ineficiência e falta de compromisso para proporcionar condições de bem-estar à população garantindo o seu desenvolvimento :

“A violência que eu mais vivi foi a violência contra a comunidade, a violência contra as pessoas, a violência do crime organizado, a violência da polícia (...) No fundo, no fundo, eu acho que toda essa violência gerada vem pelo fato de que o Estado não assume o seu papel (...) Está faltando muito para uma nação. O Estado não se preocupa em nada com o bem-estar da população, eu acho que a pior violência é essa (...) tá ficando de lado, questionar o papel do Estado”

(médico - PMF)

TEMA 6.1.3: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A MAGNITUDE DA(S) VIOLÊNCIA(S)

O tema seguinte sobre o qual nos debruçamos, refere-se ao(s) tipo(s) de violência que os profissionais acharam mais preocupante(s). Os sujeitos desta pesquisa assinalaram respostas múltiplas para essa questão, sendo que algumas delas eram apontadas mais freqüentemente. A estrutura de apresentação destes resultados define-se a partir das proporções colocadas pelos entrevistados.

Em primeiro lugar, a violência contra a mulher foi o tipo de violência mais freqüentemente apontada pelos profissionais (8 - RJ e 8 - PMF). Para eles, essa forma de violência acontece nas relações afetivas e conjugais (namoramentos, casamentos) seja no âmbito doméstico como fora desse espaço. Nove desses profissionais se referiram à violência física (“marido que bate”, “mulher espancada”), outros cinco se referiram à violência psicológica e “moral”, especialmente ao fato do homem “desmoralizar a mulher” e três dos profissionais falaram sobre a violência sexual -abuso sexual- na relação afetiva/conjugal (“o fato do homem obrigar a mulher a ter relações sexuais”). As seguintes falas ilustram as diversas formas de violência relatada pelos entrevistados:

“...a violência contra a mulher, ela apanha do marido, ela apanha do companheiro, do namorado, ela muitas vezes é obrigada a ter um tipo de relação sexual que elas não gostam ou não querem e elas são forçadas a ter”.

(assistente social - RJ)

“é a própria violência dentro de casa, com relação aos maridos, aos companheiros, com elas. Não digo nem só violência de chegar e de agredir, de agressão... (Física?) Isso. Violência mesmo, assim, da pessoa estar sempre menosprezando o trabalho da mulher, não valoriza. E o que a gente vê muito, apesar também que a gente tem que entender certas coisas na comunidade onde a gente trabalha, a gente vê muito disso, a mulher ir pra dentro de casa, dá um duro danado, o marido chega e não valoriza, as vezes a mulher quer ouvir do marido: ‘A comida tá gostosa’...”

(auxiliar de enfermagem - PMF)

Alguns dos profissionais assinalaram que a violência contra a mulher é um problema social, relacionada ao papel da mulher na sociedade baseada nos modelos tradicionais de educação que atribui determinados papéis para as mulheres e para os homens. Sobre esse

aspecto, aprofundaremos no tema sobre a percepção da violência contra mulher no âmbito doméstico.

“... a mulher é violentada há séculos, até por esta sociedade mesmo, patriarcal em que tudo é permitido para o homem e para a mulher nada. Eu já encontrei com várias mulheres que não sabiam sobre seu corpo, entendeu? Eu acho que isso é violento, ser negado a você quanto pessoa, quanto mulher, a oportunidade de conhecer, né”

(enfermeira - RJ)

Em segundo lugar, em ordem de maior preocupação, a violência do tráfico foi apontada pela maioria (12) de profissionais do PMF. Para eles, esse tipo de violência está estreitamente relacionada com as ações de combate ao tráfico, dirigida pela polícia (“violência da polícia”) contra os grupos que controlam a distribuição de drogas nessas comunidades. Percebemos a partir dos depoimentos, que a dinâmica comunitária, de certa forma mantém um estado de relativa tranquilidade, enquanto não existe uma intervenção policial, apesar de que eles conheciam -através de relatos dos moradores-, que em algumas circunstâncias, encontraram-se pessoas mortas nas ruas dos bairros, devido ao conflito entre os próprios grupos do tráfico.

Nos momentos de “invasão” a situação torna-se insegura para os profissionais, destacando o fato de que eles devem aprender a conviver com essa realidade, mantendo-se alertas às mudanças de qualquer dinâmica comunitária a fim de estabelecer possíveis estratégias para garantir sua segurança. Nos depoimentos nos pareceu que apesar dessas circunstâncias, os profissionais sentem-se melhor protegidos pelos moradores e, inclusive, alguns dos profissionais assinalaram que tinham mais medo da polícia que do “pessoal do tráfico”.

“Na área que a gente trabalha, eu acho que a violência armada, a principal, que assusta mais, que é uma violência que nós não estamos habituados a lidar no dia a dia, em casa, em nosso ambiente doméstico e isso faz parte das pessoas com quem a gente trabalha, que é a comunidade onde a gente trabalha, a maioria delas tem essa realidade, então, no local de trabalho é essa a violência que mais me preocupa, a violência armada e as coisas que estão envolvidas nessa violência, polícia”.

(assistente social - PMF)

“Eu tenho medo da polícia mesmo e um pouco do pessoal do tráfico porque já houve um caso de um supervisor nosso que subiu (...) que balearam o carro da supervisora. Então, a gente fica com medo. Mas, ainda, eu tenho mais medo da polícia do que dos traficantes”.

(médica - PMF)

“Teve um tempo de repouso da violência e agora voltou de novo, a violência de um modo geral. O que tem ultimamente acontecido é que corpos têm aparecido (...) eu procuro não me envolver diretamente porque tem todo um leque de mistério nisso aí. Então, eu tenho também que me preservar, eu estou aqui para tratar de toda a minha comunidade, independente de quem seja. Então eu não os conheço, porém todos me conhecem (...) Eu procuro me tornar ciente da situação, sem me envolver com ela, porque eu preciso me situar, porque eu trabalho em campo. Quando essa situação tá meio pesada, eu e minha dupla, a gente recua um pouco (...). De vez em quando a gente ouve um tirinho aqui, um tirinho acolá mas é menos do que imaginava”.

(médica - PMF)

A fala seguinte nos ilustra a estratégia que os profissionais muitas vezes devem planejar para deixar os locais de trabalho quando acontecem situações de conflito nas comunidades entre a polícia e o tráfico de drogas.

“No ano passado, quando o morro entrou em pé de guerra, os policiais e os bandidos resolveram que iam se matar (...) quando fizeram essa invasão, fiquei presa no morro, sai de lá quando acalmou um pouco, morta de medo, pessoalmente não ia correr risco nenhum mas falei com o policial no meio do caminho para saber como estava a situação logística para poder arranjar uma saída. Outra vez, quando estava aqui no consultório, a polícia entrou e me mandaram sair daqui, de fechar isso aqui. Desceram dois, sete caminhões, parecia que aqui era guerra, aí eu peguei os pacientes, eu enfiar a todos no meu carro, levei para suas casas e depois fui para casa. No dia seguinte soube que o módulo tinha sido fechado, que não havia condições do módulo funcionar.”

(médica - PMF)

Em terceiro lugar, nove profissionais (4-RJ e 5-PMF) apontaram a violência contra a criança no âmbito doméstico como o tipo de violência que acharam preocupante. Quatro desses profissionais se referiram ao estupro ou ao abuso sexual em crianças, cuja realidade percebe-se que “está vindo muito” para os serviços de saúde; outros dois se referiram ao castigo físico (bater, espancar) e um dos profissionais falou sobre negligência (falta de cuidado) em relação à criança.

“Ah!! com o menor (...). Geralmente por eles serem indefensos, serem frágeis, a violência é maior com eles em todos os sentidos. Ele tem que comer, ele tem que vestir, ele tem que ser educado, ele não pode partir para tudo isso sozinho”.

(médica -RJ)

“O que a gente vê muito aqui, nesse grupo de mães de crianças desnutridas, vamos falar também dessa questão de bater na criança, de gritar com a criança, espancar, castigo físico... agora isso me toca muito, né. (...) São umas questões que a gente sabe que tem mesmo, a questão do bater, a gente vê muito na reunião, sabe? As vezes a mãe traz na reunião, a mãe não tem paciência, a criança chora, eu quando vejo eu converso muito com elas sobre essa questão”.

(assistente social - RJ)

“eu vejo uma coisa séria, por exemplo, eu tive uma caso de uma menina de 10 anos, o caso que mais me chamou a atenção, porque enfiaram nela um objeto, de bambu e... o que mais me chamou a atenção não foi só a agressão física mas o medo no rosto e o medo de falar do agressor. O tempo todo ela negava que tinha sido agredida (...) é uma criança que fica o dia inteiro fora de cas, totalmente largada (...) tem vários tipos de violência ... isso é uma coisa que me agride muito. A gente se sente impotente perante a isso. Tem outro caso de um menino de 10 anos, não chega a ser violência física mas a violência é indireta e é tratado como alguém de 20 anos, ele tem asma, a toda hora vem aqui, só que ele vem sozinho, não vem com ninguém, eu explico para ele, que tem que ter uma pessoa, só trato ele aqui, no início eu dava remédio para ele levar a casa, perante esse conhecimento das pessoas não ligarem para ele, de alguma forma eu tenho que chamar a atenção das pessoas para vir aqui. Então, é uma violência também...”.

(médica - PMF)

Em quarto lugar, oito profissionais (5 - RJ e 3 - PMF) referiram-se à questão da violência física das pessoas na rua, à “violência da rua”, roubos, assaltos e invasão da propriedade que consideramos como violência urbana. Segundo esses profissionais a violência urbana provoca insegurança pessoal e “medo de sair às ruas”, tendo cada vez mais de ficar nas casas. Como assinalou uma das entrevistadas, “o direito de ir e vir” percebe-se limitado. Para alguns desses profissionais, a violência urbana traz repercussões importantes para as crianças, porque desde pequenas elas têm que começar a se preocupar com sua própria segurança.

“Eu acho que no momento a violência que preocupa mais, é essa violência da rua, a violência na rua, tá entendendo? As pessoas andam muito agitadas, discutindo, não riem mais, você nota na rua as pessoas todas carrancudas, preocupadas, se encostar numa pessoa, já começa a xingar na rua, você assiste briga na rua, na condução”.

(auxiliar de enfermagem - RJ)

“Eu acho que o direito de ir e vir. Saber que você está cerceada de uma série de atividades que você estava acostumada a fazer no passado e hoje em dia você não tem essa liberdade porque você não tem condição. Afeta seu lado emocional, vendo que essas coisas acontecem. Você fica amedrontada”.

(enfermeira - RJ)

Alguns profissionais referiram-se à questão do uso de drogas e alcoolismo como problemas relacionadas estreitamente com esse tipo de violência.

Outra das entrevistadas se referiu à questão “desses garotos pequenos” que vivem nas ruas, como uma ameaça importante à segurança das pessoas, que segundo ela, estão assaltando ou roubando. Inclusive, se mostrou crítica diante da ação da polícia e de organizações não governamentais que segundo ela protegem esses meninos e os seus pais, que “não querem ter responsabilidades”. Dessa forma, a tolerância com “os meninos de rua” permite ações violentas e/ou agressoras sem punição e/ou controle das autoridades.

Em quinto lugar, cinco profissionais (3 - RJ e 2 - PMF) apontaram a “violência social”. A pobreza, a miséria, a falta de emprego, a falta de recursos, a distribuição irregular de renda, são elementos citados como condições que geram violência. A fala a seguir, mostra a responsabilidade do Estado para gerar a violência enquanto não viabiliza políticas sociais capazes de melhorar as condições de vida da população.

“O Estado não se preocupa em nada com o bem-estar da população, eu acho que a pior violência é essa, você sabe que tem que cumprir deveres, sabe que tem direitos e não tem acesso aos direitos, porque não há nenhuma preocupação em que você lute, enquanto [es]tiver desse jeito acha que está bom, não tem o que questionar, vai questionar o quê? Enquanto se [es]tiver vivendo a violência do dia-a-dia do crime organizado, na violência dos acidentes da automóveis, você vai questionar o quê?...”

(médico - PMF)

Em sexto lugar, colocamos aqueles tipos de violência apontados com menor frequência: Três profissionais se referiram à questão da violência sexual e do estupro sem especificar o grupo populacional que segundo eles está sendo afetado. Por essa razão não foram incluídos em algum dos dois primeiros grupos descritos anteriormente. Os seguintes tipos de violência foram descritos apenas uma vez: o estupro entre as “meninas de rua”; a prostituição; o preconceito como “uma violência terrível” e o descaso da saúde pública “que não é só uma violência contra, vamos dizer, os usuários, é a violência que nós como

servidores também sofremos e que temos que estar sempre felizes quando a realidade não é essa”.

TEMA 6.2: AS RELAÇÕES DE GÊNERO

A abordagem desse tema definiu-se pela importância de analisar as falas dos entrevistados no que diz respeito ao relacionamento homem-mulher, às questões afetivas e emocionais, ao casamento, à percepção de mudanças nessa relação acontecidas nas últimas décadas e as novas formas de definição de papéis e comunicação na relação conjugal.

Doze entrevistados (9 - RJ e 3 - PMF) se referiram à questão de gênero em geral. Apenas três profissionais (RJ) consideraram que o relacionamento homem-mulher é “uma relação relativamente boa” e, que teve uma “melhora muito grande”, fundamentalmente, quanto à participação do homem na família, com um maior envolvimento e apoio emocional nas “responsabilidades do casal”, e superando o seu papel de provedor econômico. O respeito, o amor e o carinho foram considerados elementos que atualmente os homens expressam mais no relacionamento conjugal. Assim mesmo, apontaram mudanças quanto ao papel da mulher no espaço doméstico e na sociedade, produto de sua independência econômica, permitindo-lhe desenvolver uma maior capacidade na tomada de decisões. Os seguintes depoimentos nos mostram a visão dos profissionais sobre a questão:

“É evidente que a mulher está se descobrindo cada vez mais, ela tem tido voz ativa nas decisões de casal. Então quando uma mulher, ela é economicamente dependente do homem, ela não vai ter opinião formada, e ela vai fazer aquilo que o homem dela pensa, enquanto que a mulher que ela é economicamente independente ela tem condição de competir, isso é uma coisa que vem crescendo”.

(médica - RJ)

“...o homem tem sido mais compreensivo, participa dentro da família, eles participam mais do tratamento em conjunto, participam mais da gravidez, se interessam mais (...) eles têm sido mais compreensivos em relação a participação dele como parte do casal, ele não é mais aquele ser que toma conta, que domina e que a mulher se vire (...) vamos dizer que o que melhorou no relacionamento talvez é um sentimento de casamento, de amor, de carinho, não só uma relação sexual oficializada”.

(médica - RJ)

Os demais entrevistados (9) manifestaram que o relacionamento homem-mulher é uma questão complicada e difícil, que demanda uma série de trocas e de negociações na qual os

parceiros possam exercer formas de comunicação a fim de poder agir com liberdade para construir relacionamentos mais sólidos.

“O relacionamento entre duas pessoas é muito difícil, é muito difícil mesmo. Você muitas vezes tem que ... alguma coisa você tem que as vezes deixar de fazer, não aquilo que vai ter prejudicar, mas alguma coisa tem que ir cortando, para ver se dá certo, por isso é que tem muita separação, a pessoa casa, dois ou três meses ou ano depois já estão separados, por isso tem que ceder um pouco, tanto de uma parte como da outra”.

(auxiliar de enfermagem - RJ)

“Eu acho que tanto o homem como a mulher, um precisa do outro. Mas só que eu acho que o entendimento entre eles é muito difícil, por minha própria vida, as vezes v. tenta levar as questões de um jeito mas o outro já pensa de outro, v. tenta caminhar por aqui e ele só quer por ali, e aí é muito complicado falar, o ser humano é muito complicado eu acho”.

(assistente social - RJ)

Segundo a visão de alguns profissionais (4), as relações afetivas/conjugais “são muito frágeis” porque perderam os elementos necessários de afirmação e construção dessa relação, como por exemplo, o respeito, a dignidade, o sentimento de amor e companheirismo. Para esses profissionais, atualmente, os relacionamentos estão baseadas no sexo, sem importar “o relacionamento com a pessoa e, todas as trocas que traz, de respeito, de sentimento, de enxergar um ao outro como um todo”. Nesse sentido, sentem que o sexo desvirtuou o relacionamento homem-mulher e, inclusive, como manifestação da sexualidade feminina.

“Eu não enxergo muito a relação baseada no amor. Hoje, há muitos motivos para se estar junto, não só amor. Apaixonou-se vai viver junto, engravidou vai viver junto, conheceu vai viver junto (...) Eu acho que o que acaba acontecendo é que as coisas hoje são muito mais permissíveis, praticamente tudo é permitido”.

(médico - PMF)

Apenas uma das entrevistadas vê o relacionamento homem-mulher como uma relação “de conveniência” devido a que possibilita enfrentar as dificuldades da vida moderna. Assim, as pessoas “gostam, se apaixonam”, passa a “existir uma cumplicidade”, na qual precisam ficar juntas para responder às expectativas e necessidades individuais (laborais) assim como de criação dos filhos.

TEMA 6.2.1: MUDANÇAS NAS RELAÇÕES DE GÊNERO

A maioria dos sujeitos desta pesquisa consideraram a entrada da mulher no mercado de trabalho como um aspecto central para falar sobre as mudanças no relacionamento homem-mulher. Esses profissionais (13 - RJ e 12 - PMF) coincidem em afirmar que o fato da mulher “ter saído de casa” provocou mudanças tanto para a mulher como para a relação homem-mulher. Em geral manifestaram que as mudanças não foram radicais, mas graduais e progressivas. A maioria dos profissionais (10 no RJ e 6 no PMF) se referiu ao fato de que a participação da mulher na força de trabalho, ainda em circunstâncias em que a mulher se viu obrigada a sair a trabalhar devido às dificuldades econômicas familiares, diminuiu sua dependência econômica assim como também conseguiu ser independente do homem. Essa situação possibilitou à mulher sua manutenção a fim de garantir sua sobrevivência com seus recursos próprios. Essas mudanças contribuíram para que a mulher melhorasse suas condições e formas de parceria, aumentando a sua capacidade para reivindicar seus direitos, ser respeitada pelo parceiro, melhorar suas condições para poder impor-se e negociar desde uma posição diferenciada. Os seguintes depoimentos nos ilustram a percepção dos profissionais sobre essas mudanças:

“eu acho que foi obrigatório para a mulher sair a trabalhar, né. A população [baixa renda] que eu lido estava muito acostumada a ser dona de casa mas isso também mudou, a maior parte teve que sair, isso levou o homem a respeitá-la mais porque ela também está colocando o famoso dinheiro, isso eu acho que também repercutiu positivamente na relação não mais como subserviência, porque as mulheres sempre foram muito servis, ‘ahhh, porque você tem que obedecer seu marido’”.

(médica - RJ)

“eu acho que tem mudado para todo o mundo, já se sente que os homens não têm determinadas exigências, porque começam a perceber que tem outro cidadão de lado, que pode ter um papel importante tanto quanto dele, né”.

(médica - RJ)

“Eu acho que teve desde o momento que começou a mulher a se tornar independente dele, porque teve o momento que nós mulheres éramos dependentes deles, mas eu acho que agora melhorou até em relação à própria vivência entre os dois. Eu acho que mudou (...) principalmente, ela conquistar o espaço dela e saber se colocar, que ela não tem que chegar e ser submissa, que a mulher tem que ter igualdade com eles”.

(auxiliar de enfermagem - PMF)

Apenas uma das entrevistadas achou que ainda “tendo mudanças”, existem situações que tem muito para mudar, especialmente no que diz respeito à divisão do trabalho doméstico e cuidado dos filhos, cuja principal responsabilidade continua sendo da mulher, ocasionando uma exaustiva dupla jornada de trabalho feminino. Segundo ela, essa realidade pode ser observada apesar da mulher estar inserida no mercado de trabalho, “participa mais da renda da família, as vezes é chefe de família, pode trabalhar fora tanto tempo quanto o homem”. No entanto, observa que tanto na classe média como na população de baixa renda existem exceções, onde alguns homens participam do trabalho doméstico e do cuidado dos filhos (“companheiros que trocam fralda, que vão comprar”).

Cinco entrevistados (2 no RJ e 3 no PMF) assinalaram que o relacionamento homem-mulher continuava sem mudanças apesar da progressiva participação das mulheres na força de trabalho, que lhes permitiram aumentar as possibilidades de conhecimento e contato com o mundo público. Porém, as condições da mulher não se modificaram substancialmente no espaço doméstico como no espaço público, devido ao papel tradicional atribuído à família na construção de papéis diferenciados e opostos para homens e mulheres. Essa realidade, percebe-se como uma situação histórica, através de diversas gerações (avós, pais) e, inclusive não foi possível de ser superada nem questionada pelas gerações mais jovens e mais instruídas.

“... é uma coisa que já vem marchando de muitos anos. O homem sempre foi esse dominador, essa coisa da família mesmo (...) e fica aquela campanha de que a coisa tá mudando, de que a mulher tá ganhando espaço mas na verdade não tá ganhando espaço nenhum, eles tão mascarando aqui, mascarando ali, faz o Dia Internacional da Mulher, e mais um momento para mascarar uma coisa que continua praticamente a mesma”.

(médico - PMF)

“Eu acho que não mudou, eu acho que a relação homem-mulher é a mesma de anos atrás. Experiência de pais, de avós e experiências mais recentes de amigos, gente da minha geração e de gente mais jovem do que eu, que tenho a oportunidade de ter contato, existe da mesma forma. Eu acho que hoje em dia, a mulher tem muito mais condições de saber, de conhecer e ter muito mais oportunidades de escolher que anos atrás, mas eu acho que na relação homem-mulher não houve mudança. O homem ainda continua se julgando o ser supremo, a mulher ainda, submissa, aceitando tudo...”.

(enfermeira - RJ)

Poucos profissionais se referiram às mudanças no relacionamento homem-mulher no interior das classes sociais. Três deles disseram que essa relação mudou pouco na população de baixa renda, devido às dificuldades que as mulheres têm para participar da força de trabalho qualificado e bem remunerado, pois um importante número delas participa no setor de serviços, cujo trabalho é pouco valorizado. Essa situação agrava-se para as mulheres pelas poucas possibilidades de acesso a centros de formação e capacitação profissional e pelos escassos recursos sociais com os quais podem contar para o cuidado do seus filhos.

Alguns profissionais (5 no RJ e 3 no PMF) assinalaram que as mudanças produzidas pela participação das mulheres na esfera pública nem sempre foram “bem vistas” pelos parceiros e que os homens têm dificuldades para aceitar a saída da mulher para os espaços de trabalho, de estudo e de lazer (novas vivências e amizades) porque representa a perda do poder e autoridade do homem. Essas novas circunstâncias no relacionamento homem-mulher, derivadas das condições econômicas da mulher, podem criar situações cujos resultados são difíceis de prever, inclusive, em relacionamentos considerados “ótimos”. Porém, as mulheres esperariam dos parceiros atitudes de amizade, companheirismo, compreensão, aceitação e apoio nesses novos esforços de realização pessoal e profissional.

Por outro lado, alguns dos profissionais manifestaram que o fato da mulher “sair todos os dias de casa” pode provocar violência, pela resistência dos parceiros a aceitar que suas parceiras participem do espaço público. No entanto, a independência econômica da mulher pode modificar sua situação, aumentando dessa maneira, as possibilidades para enfrentar a violência. Essas reflexões observa-se claramente nas falas dos entrevistados a partir de suas próprias experiências:

“... apesar de que a mulher tem sua vida de trabalho, estudo, se preparou, não está tão dependente do homem como antigamente, tem muitos homens que não aceitam isso (...) eu digo até por mim mesma. Porque apesar de eu não ser casada com ele, mas a gente já tem tempo juntos, 10 anos, nos temos uma filha com seis anos, mas ele é muito ciumento, ele acha que cada vez que eu saio para trabalhar, tem sempre uma outra pessoa entre nós dois, que não seja meu trabalho, meu estudo, tem que ser um homem, então isso provoca discussões, nunca agressão graças a Deus! me acusa de vir ao trabalho porque já tem alguém, se eu uso um penteado diferente, se eu me visto diferente, isso já é um motivo de discussão (...) já ouvi histórias de outras mulheres também nesse sentido”.

(auxiliar de enfermagem - RJ)

“são poucos os homens que aceitam suas mulheres sendo lançadas para o mercado de trabalho mas é difícil, olha! é difícil. Eu tenho um relacionamento ótimo com meu marido, eu sou médica, ele é dentista, ele ganha bem mais do que eu, ele sempre me deu força em tudo, inclusive quando resolvi fazer medicina que era minha segunda faculdade, já estava casada, com dois filhos, eu não sei te dizer se numa situação inversa, se de repente de uma hora para outra, eu começasse a ganhar mais do que ele e, ele começasse a ter dificuldades financeiras, até que ponto ele se sentiria no relacionamento (...) Mas eu já senti que de uma certa forma ele não vai metabolizar muito bem. Então imagina a maioria das mulheres por aí com esses relacionamentos...”

(médica - RJ)

“... No caso o seu companheiro tá sempre ali, naquela rotinazinha, pra ele tá tudo belo, tranqüilo e, de repente você dá aquela reviravolta, vai chega pra ele: ‘Vou trabalhar’, aí você começa com aquela sua vida, muitos homens também não entendem, isso daí eu já considero assim, que não é nem o gostar, é falta de amizade, de companheirismo. Ele não tá querendo uma esposa, uma amante, ele tá querendo uma mulher pra trabalhar pra ele, pra quando ele chegar em casa tá tudo certinho, porque se ele for uma pessoa bacana ele vai entender, vai dar até força”.

(auxiliar de enfermagem - PMF)

Alguns profissionais (5 no RJ) disseram que essas mudanças provocaram conflitos tanto para os homens como para as mulheres. Em primeiro lugar, porque para ambos foram situações com as quais nem sempre conseguiram lidar acertadamente nem assimilar os novos papéis de gênero na sociedade. Em segundo lugar, esses profissionais se questionaram se todas essas mudanças fundamentalmente quanto ao papel da mulher na esfera pública foram para melhorar as condições da mulher e/ou da família. Percebemos nesses depoimentos que esse conflito entre a opção da mulher ficar ou não em casa, levou os profissionais a responsabilizar exclusivamente à mulher pelo cuidado dos filhos e da família, ou seja, a responsabilidade do homem continua sendo vista no seu papel tradicional, basicamente como o provedor da manutenção econômica da família. Em terceiro lugar, esses profissionais assinalaram as “ambigüidades” das mulheres no que diz respeito às transformações nos papéis de gênero, pois “ela educa o próprio filho” reproduzindo atitudes tradicionais quando é necessário superar essa desigualdade e aprender a construir “uma relação igualitária” para meninos e meninas.

“... Eu vejo sim, o homem assustado, a mulher assustada com a mudança que houve (...) da revolução feminina que bem ou mal a mulher se tornou mais independente, e mais auto-

suficiente, isso assustou ao homem, tá? e a mulher também não sabe como conviver com esta nova situação, mudança que para ela também aconteceu...”

(psicóloga RJ)

“ah! tá mudando mas você vê, a gente não sabe o que é melhor ou pior, na época em que a mãe da gente podia ficar o dia inteiro dentro de casa, cuidando da gente, fazendo bolinho para o jantar com café da manhã enquanto a gente faz um trabalho intelectualizado, trabalha o dia inteiro, deixa o filho só, entendeu? Então, teve uma mudança estúpida, mas será que foi o melhor? Eu acho que está existindo extremos. Ou ela ficava em casa e era submissa, entendeu? ou ela sai, aí ela passa a ser omissa, quanto a relação familiar, ao filho”

(enfermeira RJ)

“eu acho que os filhos estão sentindo muito, a vida toda que o pai é a pessoa que mandava em casa, que o pai é a pessoa que tinha mais dinheiro, então essa figura paterna que era como o forte, agora é a figura materna como forte, isso já gera um grande conflito para eles (...) as crianças ficam muito abandonadas, os jovens abandonados...”

(psicóloga RJ)

Na fala a seguir, aparece a “culpabilização” da mulher na busca da redefinição do seu papel na família e na sociedade. A autoestima, a auto-suficiência, a capacidade intelectual e a independência econômica conseguidas pelas mulheres aparecem como elementos que ameaçam a identidade masculina e são vistos como fatores que obstaculizam a união homem-mulher.

“... eu acho que a mulher tem certa parte de culpa, a mulher lutou muito para conseguir o seu espaço dela, só que eu acho que ela se perdeu um pouco, eu acho que ela quis demais ser o homem e a mulher e aí o homem hoje tem um certo medo da mulher, dessa mulher que tudo pode, entendeu? Eu falo isso porque eu observo amigas, que têm capacidade intelectual, financeira, enfim, mas que são mulheres que assustam (...) É um negócio muito sério. Mas também eu percebo outra coisa, mulheres se submetendo a determinados relacionamentos só para manter a ele, para não ficar sozinha. Ela batalhou tanto para ser ela, eu acho isso super importante e tem que continuar batalhando mas sem esquecer que ela não pode ficar sozinha, que a mulher não nasceu para viver só”

(assistente social RJ)

Pelo relato de nossos entrevistados, o relacionamento homem-mulher vem passando por diversas transformações, principalmente a partir da participação feminina na força de

trabalho que contribuiu para as mudanças nos papéis de gênero no espaço doméstico e no espaço público. A independência econômica é apontada como um aspecto fundamental para que as mulheres consigam situações de igualdade e de liberdade para definir os rumos de suas próprias vidas. O fato da mulher participar da renda familiar, de “colocar o dinheiro” aparece como um símbolo que marca o início de novas possibilidades e formas de relacionamento para reivindicar direitos e afirmar sua cidadania. Ao mesmo tempo, pode ameaçar a identidade masculina e criar dificuldades para a relação homem-mulher.

TEMA 6.3: A PERCEPÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO ÂMBITO DOMÉSTICO

Esse tema foi abordado a partir de seguinte pergunta: Qual é a sua opinião sobre a violência doméstica contra a mulher por parte de companheiros?

Os profissionais de saúde caracterizaram a violência contra a mulher como um problema sério e importante na sociedade. A metade dos entrevistados (7-RJ e 8-PMF) qualificaram esse fenômeno como uma situação inaceitável e lamentável. Para ilustrar essa situação, utilizaram expressões como: “é uma coisa abominável”; “é uma situação lamentável”; “é um problema condenável”, “é um absurdo, a gente não merece”, “uma verdadeira sacanagem”. Alguns deles mostraram-se surpreendidos das proporções alcançadas por esse tipo de violência, assinalando que é uma realidade muito mais freqüente do que geralmente se pensa. Veremos nos depoimentos seguintes a visão dos entrevistados sobre a questão:

“Eu acho que ninguém acha isso interessante, ninguém vai concordar com esse tipo de coisa. Eu particularmente abomino, eu acho que não tem nada a ver”.

(médico - RJ)

“A mim me surpreende a proporção que já tomou, eu pensava que não era tanto mas quando você atende a uma cliente com uma história dessas, você pensa que não existe, a mim me surpreende a proporção...”

(psicóloga - RJ)

Alguns profissionais relataram suas próprias experiências assim como de familiares nos quais vivenciaram situações de violência doméstica:

“Eu tenho pavor dela. Eu tenho marido que nunca pensou em encostar a mão em mim, mas já vivi isso com outras pessoas, com outros relacionamentos, que quiseram me agredir de alguma forma mas isso é uma coisa que desestrutura qualquer ser humano”

(médica - RJ)

A metade dos entrevistados (8-RJ e 7-PMF) se referiram a questão da violência contra a mulher nas diferentes classes sociais². Os entrevistados consideraram que este fenômeno é uma realidade que perpassa todas as classes sociais, porém, apresenta-se em magnitudes

² termo utilizado pelos próprios entrevistados

diferenciadas. Seis dos entrevistados do PMF e quatro entrevistados do RJ assinalaram que a violência doméstica é um problema que se expressa na população de baixa renda e a classe média, em proporções semelhantes. Esses profissionais disseram que na classe média e inclusive na classe alta esta problemática é mais “camuflada” porque adota outras formas, principalmente de violência psicológica, portanto, percebe-se com menor intensidade devido a que as mulheres têm mais dificuldades para reconhecer essa realidade, já que “elas escondem e têm vergonha”, além de ter outros recursos para enfrentar essa situação. Essa visão se expressa nas seguintes falas:

“...você olha assim e acha que não existe mas existe. Em todas as classes, em todas as classes, não só a nossa não, porque têm pessoas que têm estudo mas então têm aquele outro probleminha... descontrolado”

(auxiliar de enfermagem - RJ)

“Eu acho que muda a forma, muda a forma como é pensado, a mulher da classe média procura se disfarçar de uma outra forma, ela vai buscar alguma coisa que vá dar um motivo para ela, vai sair, vai fazer um curso mas continua sofrendo aquela mesma coisa (...) só que ela vai usar de outros artifícios para poder disfarçar aquilo ali...”

(médico - PMF)

Os outros entrevistados (5) assinalaram que a proporção de mulheres vítimas de violência doméstica é mais freqüente na população de baixa renda. Para eles, essa diferença explica-se não pelo fato de considerar que as famílias pobres sejam intrinsecamente violentas, mas porque as condições econômicas precárias dessas famílias junto a uma maior incidência de problemas de alcoolismo e drogadicção -explicadas por esse entorno de “carências econômicas”- geram situações de maior tensão e conflito que provocam a violência.

“Eu acho que basicamente é uma realidade das mulheres de baixa renda, porque as pessoas que têm condições econômicas em geral elas são menos dependentes do homem...”

(médica - RJ)

“A violência ocorre mais principalmente nas comunidades carentes. Além de que, uso de drogas, alcoolismo, desemprego, toda uma condição sócio-econômica desfavorável, quer dizer, alguém tem que responder por isso e o lado mais frágil é a mulher, quando não a criança, fica ali, a mulher e a criança”.

(médico de PMF)

TEMA 6.3.1: AS EXPLICAÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE AS CAUSAS DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO ÂMBITO DOMÉSTICO

No que diz respeito ao tema, os sujeitos desta pesquisa vêem esse problema como uma questão social, muito complexa e de múltiplas dimensões que envolvem uma diversidade de fatores tanto sociais, econômicos, culturais e políticos que definem e redefinem os papéis de homens e mulheres na família e na sociedade. Veremos a seguir uma descrição detalhada desses fatores que segundo os entrevistados geram esse tipo de violência.

Alguns dos sujeitos desta pesquisa (5-RJ e 7- PMF) assinalaram que a violência contra a mulher é uma questão histórica e enraizada na sociedade baseada em um sistema de relações de gênero que postula que os homens são superiores às mulheres, que eles têm poder sobre elas, que podem mandar, e dominar e inclusive que a mulher pode ser considerada como “propriedade dele, como uma coisa e que está a serviço dele”.

“eles têm muita essa coisa do macho, de se apropriar da fêmea, eles têm essa autoridade inclusive de violentar a mulher, muitas vezes não fisicamente senão até com palavras, com atitudes e realmente eu acho que é um pouco cultural, porque são pessoas que vivem em um ambiente, em uma comunidade, onde o homem ainda é o que manda, o que faz, entendeu? que sustenta, que decide sozinho, a mulher ainda nessa posição submissa, ele é meu homem, ele que traz comida, dinheiro para casa e ela se submete a essas coisas”

(médica - RJ)

“Eu acho que a própria história da violência contra a mulher está muito em cima do que a própria sociedade bota pra cima dela - quer dizer - tira certas responsabilidades de cima do homem e joga pra mulher, ao mesmo tempo dá certos poderes aos homens, de se acharem não só os donos da verdade mas protegidos por essa coisa que é criada pela sociedade, que um homem tem direito a tudo, inclusive de bater na mulher”.

(médico - PMF)

“o papel dela ser submissa, se subjugar aos desejos do homem, a vontade do homem, de ser o sexo forte, o poder pela força, então bate, porque força física é força física, bater é a última palavra, então não tem mais discussão, não tem mais conversa e as mulheres muitas vezes elas não sabem lidar com essa história, têm medo ou pensam que não tem jeito, que a mulher tem que passar por isso mesmo, que faz parte da vida dela, principalmente a mulher que é pobre, que já sofre uma série de privações. Eu acho que é mais uma coisa, ela tem que aturar, o nível sócio-econômico dela”.

(enfermeira - PMF)

Segundo a visão destes profissionais, essas condições favoreceram a submissão da mulher reforçada em valores e atitudes que denigre a mulher. Alguns desses profissionais chamaram a atenção sobre o papel da educação na sociedade e as formas de criação diferenciada para homens e mulheres na família e na escola. Assim, questionam a responsabilidade que as mulheres têm na manutenção desses padrões e reprodução dos valores e crenças que subordinam e colocam à mulher numa posição de inferioridade, porque são elas principalmente que educam e criam os filhos (as). Como podemos observar nas seguintes falas:

“É uma questão de educação mesmo! um povo que não tem cultura. Quando eu fazia as reuniões eu dizia que as próprias mulheres eram culpadas, porque a maioria de homens são educados pelas mulheres, não é isso? (...) Mas o que eu digo, se as mulheres não começarem a mudar a cabeça e, fazer novos homens, não vai melhorar de jeito nenhum. Não adianta você fazer uma abertura se dentro de casa as mães continuam a dizer que ‘o filho tem que comer todas as garotinhas do bairro’, aquele negócio assim: ‘segure suas cabras que meus bodes estão soltos’. É, uns termos assim ridículos que existem por aí. Elas têm uma atitude machista, aí não adianta de nada, aí elas querem que o marido as respeite, quando ela ensina o filho que tem que pegar a garotinha e não tem problema nenhum né”.

(médica - RJ)

“Acho que a primeira coisa vem da educação, como esse homem é criado e principalmente porque ele é criado por uma mulher, com que respeito ele cresce, como aprende na família a respeitar a mulher, porque a maioria é vista como um objeto para o sexo e para a casa. Não tem respeito, não tem preocupação com aquela pessoa, com aquela mulher”.

(médica - PMF)

Alguns desses profissionais assinalaram que a submissão da mulher e a dependência econômica são fatores estreitamente relacionados, um condiciona o outro. A dependência econômica submete a mulher à vontade masculina e as condições de submissão da mulher produzem também dependência econômica. Segundo esses profissionais superar ambas condições coloca a mulher em posição de igualdade diante do homem, permitindo-lhe elevar sua autoestima e construir novas formas de parceria. Nos pareceu que, para esses profissionais, liberar-se da dependência econômica é um fator fundamental que influi nas decisões das mulheres a fim de não permanecer ainda por períodos mais longos em situações de violência. A formação e a capacitação profissional das mulheres constituem-se em

elementos principais do desenvolvimento de sua autonomia e fortalecimento de suas capacidades para enfrentar a violência doméstica.

*“porque **dependem ainda muito financeiramente** do homem, muitas mulheres dependem ainda na nossa sociedade financeiramente do homem, se você vê uma mulher que não depende financeiramente, ela está em igualdade de condições financeiras, os homens não tentam esse poder e eles realmente não têm essa ação sobre as mulheres, porque sabem que não está gostando, pode se mandar e procurar outro relacionamento, ou fica sozinha, porque a mulher sabe-se virar muito melhor que o homem né...”*

(médica - RJ)

“...ela está numa condição de submissão ao homem, ela não tem uma independência econômica, porque na medida que ela tenha uma independência econômica, ela pode ir de igual a igual, e muitas vezes, a maioria de vezes ela nem sabe. (...) É a principal causa mesmo entendeu? a falta de formação mesmo das pessoas, de educação mesmo, eu acho que vai muito por esse lado da educação e a questão sócio econômica...”

(assistente social - RJ)

“... a questão econômica seria um bom caminho para a mulher se impor mais perante ao homem, a partir do momento em que ela não está dependendo dele para sobreviver, para comer, que isso gerava no homem muito poder, aí mandava e desmandava e até batia, porque a mulher se sentia acuada, fraca, sem ver seus poderes...”

(médica - PMF)

Parte importante dos entrevistados (8-RJ e 6-PMF), quase a metade, se referiram às questões sócio-econômicas como fatores que diretamente causam a violência doméstica, porque as situações como o desemprego, a falta de dinheiro, os problemas financeiros, as dificuldades para conseguir emprego, produzem sérias limitações na satisfação de necessidades básicas da família.

Alguns deles referiram mais explicitamente que essas condições desfavoráveis produziam tensões, falta de comunicação, intolerância e estresse entre os parceiros, provocando um aumento no consumo de bebidas alcóolicas e algumas vezes envolvimento com drogas, produzindo-se dessa forma situações de violência. Percebemos a partir destas falas que esses profissionais vêem o problema como “um círculo vicioso”, um desenrolar de fatos (pobreza-tensão-álcool-conflitos-violência) que inevitavelmente terminam em violência.

“Ah! a primeira coisa que leva à violência dentro de casa é a falta de dinheiro, falta de comida. Se o marido ou a mulher trabalham fora e não têm condições de se sustentar ou de sustentar aos filhos, dentro de casa isso gera uma situação de estresse. Agora evidentemente eles têm muitos filhos, geralmente é assim, a classe pobre tem muitos filhos, não tem dinheiro para sustentar (...) cria estresse, tensão. Aí o marido vai beber uma cerveja com os amigos, chega em casa e bate na mulher ou vice-versa, a mulher chega em casa, com raiva, porque não tem dinheiro, começa a gritar com o marido...”

(médico - RJ)

“Uma parte é por causa de alcoolismo e drogas, marido bebe, chega em casa e descompensa nela, as vezes por causa de falta de dinheiro mas a maior parte não sei se 100% é por causa do uso de drogas”.

(médica - RJ)

“Uso de drogas, alcoolismo, desemprego, toda uma condição sócio-econômica desfavorável, quer dizer, alguém tem que responder por isso e o lado mais frágil é a mulher, quando não a criança, fica ali, a mulher e a criança. O homem não tem como culpar, se culpar e culpar quem poderia responder pela melhoria das condições dele ou da família dele, então não tem a quem culpar, sobra para quem tá do lado dele”.

(médico - PMF)

Uma das entrevistadas (RJ) referiu que as condições econômicas desfavoráveis dificultavam o bem-estar físico, social e psíquico das pessoas. Nesse sentido, para a entrevistada, a causa da violência contra a mulher seria porque “o homem está doente. O homem tem uma tendência ao descontrole e a fraquezas que ele não tem como colocar fora e ele acha mais fácil agredir a pessoa que está mais próxima dele”.

Três profissionais apontaram que a violência é uma realidade vivenciada por muitas mulheres desde sua infância, aceitando o castigo físico como uma forma de educação e autoridade dos pais e a violência conjugal também como forma de relacionamento. Dessa maneira, a violência passa a ser uma experiência cotidiana na história de vida de muitas das mulheres em situações de violência, devido às dificuldades para questionar uma realidade que se considera como uma das formas “normais” de constituir as relações entre os gêneros.

“tem a questão da representação, ela já vive em um ambiente violento, a mãe dela apanhava do pai, do companheiro e aí é que ela aprendeu, é o modelo que ela aprendeu, quando isso acontece com ela não acha tão estranho, esse modelo que ela vê a todo momento...”

(assistente social - PMF)

Alguns profissionais (4-RJ e 3-PMF) disseram que as situações de violência produzem-se por uma série de ausências relacionadas à convivência e tolerância na relação afetiva/conjugal expressadas pela “falta de diálogo”, falta de compreensão, falta de amor, “falta de companheirismo”, falta de entendimento, falta de respeito, entre outros. Segundo os entrevistados, principalmente, as auxiliares de enfermagem, a mulher deveria ter a atitude de buscar o diálogo e realizar esforços importantes para cuidar do espaço doméstico, evitando “que aquelas coisas que acontecem no trabalho” sejam levadas para casa, garantindo a harmonia familiar, ainda em condições adversas como o desemprego, o alcoolismo ou uso de drogas. Nos parece que essas profissionais destacaram os atributos tidos como femininos por serem questões que se esperam sejam desenvolvidas pelas mulheres para “ter um bom relacionamento” a fim de evitar situações de conflito e violência. Assim, a responsabilidade do bem-estar familiar recai basicamente na mulher. Veremos os depoimentos seguintes que nos ilustram essa questão:

“Olha, por exemplo, eu tenho um parceiro, esse parceiro um dia chega em casa assim... falando muito alto e com um tipo de voz totalmente diferente, eu acho que você tem que responder mais baixo do que ele, para ver se ele percebe que ele realmente está passando do limite né? Se ele não perceber que está passando do limite tem que chamar a ele e conversar, se ele faz agressão com você que parta para outro lado, entendeu? Se você conversa, ‘Olha porque você está assim, o que houve com você? Porque você está assim?’. Procurar saber também, se vem muito irado da rua, procurar saber o que aconteceu, as vezes está aborrecido no trabalho, entendeu? Então, a gente chega a um acordo, mostra à pessoa que não é assim que se tem que proceder, se ele chegar com aquela arrogância e eu também for respondendo mal já viu, sai tudo mundo nas tapas”.

(auxiliar de enfermagem do RJ)

“Eu acho que quando o homem tem seu problema financeiro, ele passa a ser agressivo, então a mulher em casa a maioria das vezes, se ela não for uma pessoa que tem assim uma preparação muito boa, não precisa nem ser uma intelectual, não. Entende? desde que ela seja uma pessoa compreensiva, uma pessoa calma que tente conversar com ele, fazer economia, né, economizar um pouquinho, ela consegue fazer com que ele fique calmo, ela consegue ajudar ele a pensar, ‘Não filho, não fique preocupado não. Amanhã a gente vai arrumar emprego, eu vou fazer assim, eu vou fazer assado, eu vou te ajudar’, tá entendendo? Mas a maioria não faz isso, a maioria não faz”.

(auxiliar de enfermagem do RJ)

Somente um dos profissionais (PMF) assinalou como causa da violência doméstica, a forma em que se estrutura o núcleo familiar. Para ele as famílias são muito frágeis porque não se constituíram por sentimentos de amor, e sim por diferentes circunstâncias que levaram as pessoas a morarem juntas.

Além de considerar os fatores já descritos anteriormente, alguns dos profissionais (6-RJ e 2-PMF) colocaram duas questões pelas quais muitas mulheres permanecem em situações de violência: a primeira diz respeito à própria atitude da mulher diante deste problema, ou seja, como a mulher responde e que condições ela desenvolve para enfrentar a violência e a segunda questão se refere as circunstâncias que dificultam a tomada de decisões dessas mulheres. Essas duas questões estão apresentadas nos itens seguintes:

Os profissionais expressam que as mulheres **não querem sair** da situação de violência porque acham que elas não estão dispostas a mudar radicalmente suas condições de vida (não querem trabalhar, não querem ir à luta) porque isto significa assumir novos desafios e responsabilidades para os quais não se sentem preparadas emocionalmente nem capacidades profissionalmente para realizá-los porque julgam-se “fracas”. No entanto, esse discurso co-existe com o fato de que esses entrevistados reconhecem as sérias dificuldades emocionais, afetivas e de estrutura familiar que inviabilizam qualquer ação para superar essa situação, ou seja, eles percebem que não é suficiente “querer sair” quando não existem condições reais (rede familiar e social de apoio para o cuidado dos filhos) que permitam a tomada de decisões.

“Você vê hoje em dia é tão difícil a pessoa arrumar emprego, você imagina uma grávida, uma mulher com 3 ou 4 filhos, então, eu acho que esse problema social faz com que a mulher psicologicamente se sinta cada vez mais incapaz e isso faz mais aceitar essa violência, quer dizer, não é isso que provoca, também provoca, mas ela aceitar, porque você pode ter um marido violento, mas se você aceitar (...) uma vez só e nunca mais vai levantar a mão pra você, se você pudesse impor como ser humano mas você tem que ter condições para isso, tá? isso é a última vez senão eu estou saindo, e aí o que ela faz?”.

(enfermeira - RJ)

“eu vejo assim, como uma mulher que não se conhece o suficiente, entendeu? (...) se você tem conhecimento do que você é capaz, você não se deixa ser violentada (...)eu acho que elas se julgam frágeis, fracas, na realidade não são. É por elas não terem o conhecimento de que, na realidade, não são fracas, que se elas assumissem, tivessem certeza de que elas são tão capazes não chegariam a esse ponto...”.

(enfermeira - RJ)

“Tem a situação daquela que diz ‘tudo bem, mas se eu for sair, eu vou ter que mudar minha estrutura de vida, eu vou ter que trabalhar e de repente eu não estou a fim de trabalhar, estou acostumada a uma vida legal, e eu agora não quero passar necessidade por meus filhos”

(médica - PMF)

Outros entrevistados disseram que as mulheres **não têm como sair** das situações de violência porque “não têm oportunidades de escolha” entre manter as condições reais de sobrevivência para elas e seus filhos na qual dependem economicamente do seus companheiros e a incerteza do futuro vista com precárias alternativas de inserção ao mercado de trabalho e de recursos sociais para apoiar qualquer tentativa de mudanças. Nessas condições, os profissionais acham que as mulheres “muitas vezes se acomodam com um parceiro” e continuam em relações conjugais opressoras. Os seguintes depoimentos ilustram esse aspecto:

“ eu acho que é uma falta de opção de estudo, pela falta de opção de se impor como cidadã, é uma falta de opção total, se ela não aceitar essa violência do parceiro, ela vai se arriscar a ficar sozinha, eu acho que a falta de condição, porque como tudo é mais difícil para a mulher, mais ainda para aquela que tem filhos, até o trabalho fica difícil, então ela tem que sujeitar a esse preço”.

(médica - RJ)

“tem muitas mulheres que eu acho que elas acham que elas não têm condições de se manter, então dependem do parceiro, se submetem a muitas coisas, à violência tanto física, quanto sexual, quanto verbal (...) então prefere se sujeitar àquilo do que ir pra batalha.”.

(auxiliar de enfermagem - PMF)

Alguns profissionais se referiram à questão da “consciência” do problema de parte das mulheres. Para eles, as mulheres não têm consciência e não têm possibilidades de analisar sua situação apesar do sofrimento que a violência representa para suas vidas, por um lado pelas próprias condições de vida da mulher (filhos, não trabalha) que preferem aceitar essa situação e por outro lado porque elas têm pouca compreensão do problema. Uma das entrevistadas (PMF) expressa que a pior situação é quando a mulher tem consciência da situação em que vive mas que não sabe como agir.

“...quando parte para uma agressão física, outras agressões já aconteceram só que ela não percebeu ou não quis perceber, negou para ela mesma esse tipo de agressão. Eu acho que quando a mulher é espancada, outras agressões já aconteceram e ela não percebeu, se deixou levar (...) por isso elas continuam em casa”.

(enfermeira - RJ)

“pra mulher, apesar daquilo ali ser um sofrimento, essa população já vem com essa mentalidade, então ela não pensa, ela não consegue analisar essa questão, ela simplesmente se submete de uma forma mais - como é que eu posso falar? - ela é bitolada, ela não tem condições de avaliar aquilo que está acontecendo, ela sofre muito mas sofre menos, porque ela não consegue pensar... aquilo é a vida dela, ela sabe que ela foi feita para aquilo ali. As vezes ela tem um pouco de consciência de que aquilo não tá certo, que poderia ser diferente, mas ela foi criada de uma forma tal que ela sabia daquilo tudo, ela chega no final consciente de que aquilo era a vida que sobrou pra ela mesmo”.

(médico - PMF)

Apenas uma das entrevistadas considera que as mulheres são “culpáveis” de vivenciar situações de violência por permitir “uma série de coisas” e deixando a “situação piorar”, conduzindo-las a firmar laços afetivos prejudiciais para a mulher.

TEMA 6.4: ATUAÇÃO PROFISSIONAL DIANTE DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO ÂMBITO DOMÉSTICO

Nesse tema abordamos as práticas dos profissionais de saúde no que diz respeito à suspeita, à identificação e à atuação nos casos de mulheres em situações de violência. Esse tema compreende dois aspectos: o primeiro, se refere à suspeita e/ou identificação e o segundo, trata sobre a atuação dos profissionais nesse tipo de violência.

TEMA 6.4.1: A SUSPEITA E/OU IDENTIFICAÇÃO DE MULHERES EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

Esse aspecto foi tratado a partir das seguintes perguntas:

- Na sua prática profissional você tem suscitado de casos de violência contra a mulher?
- O que o levou a pensar que tratava-se de uma mulher vítima de violência doméstica?
- Essa informação foi complementada com outra pergunta: Com que frequência você tem suscitado?

A partir de uma leitura geral dos depoimentos, observamos que alguns dos profissionais quando perguntados diretamente se tinham suscitado de casos de violência contra a mulher, responderam que “não”, no entanto, “contaram” algumas das situações que lhes permitiram identificar a violência doméstica. Essas observações nos levaram a definir os termos de suspeita e identificação -a partir dos próprios relatos- a fim de descrever detalhadamente como e em que circunstâncias os profissionais suscitaram e/ou identificaram a mulheres vítimas de violência doméstica. As definições estabeleceram-se da seguinte forma: a) “suspeita” no sentido de “desconfia”, quer dizer, que o profissional de saúde coloca a violência contra a mulher como possível diagnóstico para os problemas que as mulheres relatam e nos quais as próprias mulheres não mencionam a violência e b) “identificação”, a definimos como a ação pela qual o profissional de saúde chega a conclusão de que efetivamente encontra-se diante de um caso de violência doméstica através da análise da evidência clínica, da declaração da própria mulher ou da declaração de uma outra pessoa (“testemunha”) que conhece da violência contra a mulher.

Essas definições são importantes para compreender a relação entre a suspeita e a identificação da violência doméstica efetuada pelos profissionais. Como veremos, em alguns casos, os profissionais que identificaram também suspeitaram da violência doméstica. Conseqüentemente, alguns profissionais não identificaram nem suspeitaram da violência.

Do total de profissionais do RJ, oito deles (dois médicos, dois auxiliares de enfermagem, as duas psicólogas e as duas assistentes sociais) em algum momento identificaram mulheres em situações de violência, sendo que quatro desses profissionais disseram também que em alguma circunstância tinham suspeitado da violência doméstica. Essa suspeita foi, principalmente, pela presença de lesões físicas visíveis (hematomas no rosto); pela presença de algum tipo de lesão no corpo; pela atitude da mulher durante o atendimento e por queixas relacionadas à saúde reprodutiva e sexual (falta de orgasmo registra-se como uma queixa muito comum). A seguinte fala nos ilustra algumas dessas situações:

“geralmente a maneira como ela chega à consulta, ela esconde um pouco, ela não olha seus olhos, é reticente nessa coisa, ela tem uma conduta de quem tá humilhada”

(médica - RJ)

No que diz respeito a como os profissionais identificaram a violência doméstica, a maioria apontou que as mulheres falaram diretamente dessa questão, através de queixas ginecológicas relacionadas à violência sexual (relações sexuais forçadas, lesões físicas produzidas pela violência, falta de prazer) assim como pela presença de lesões físicas. Segundo as entrevistadas (médicas) a consulta de ginecologia pode ser um espaço de intimidade que permite à mulher sentir-se com liberdade para falar sobre qualquer assunto que a preocupa incluindo a violência doméstica.

“Tem umas que você nem precisa perguntar, nem puxar, elas já chegam espontaneamente falando que são assim tipo uma violência que eles praticam na cama ou os maridos acham que a mulher é um animal, nem respeitam à mulher, eles querem e vão a força, né”.

(auxiliar de enfermagem - RJ)

“... as vezes aparece, ‘olha, eu vim a me consultar, porque meu marido na hora de transar ele usou violência, eu estou me sentindo assim, assado. Eu acho que me machuquei, eu quero ver’, aparece isso sim”

(auxiliar de enfermagem - RJ)

“elas falam, elas falam, é muito difícil uma mulher entrar no consultório de ginecologista e não se conversar, porque elas vêm exatamente pedir ajuda, depois a gente tem uma formação onde a gente busca na história da paciente de uma maneira ou de outra as causas, né? (...) na maioria das vezes, elas são muito abertas, eu acho as minhas pacientes muitos abertas”.

(médica - RJ)

Alguns profissionais disseram que a partir de suas suspeitas, procuraram abordar e perguntaram às mulheres sobre essa questão, podendo dessa maneira chegar a concluir que efetivamente a mulher foi vítima de violência. Por outro lado, segundo a visão dos profissionais, em alguns casos, as mulheres têm dificuldades para reconhecer e falar sobre a violência, dizendo que elas caíram, “geralmente falam que esbarraram”. Apesar dessa resposta esquivada, os profissionais insistiram na sua abordagem para poder identificar a violência doméstica, valorizando a atitude da mulher durante a consulta, assim como o vínculo estabelecido entre o profissional de saúde e a usuária, como elementos que lhes permitiram aprofundar sobre a situação de violência. Os depoimentos seguintes, ilustram a preocupação dos profissionais para confirmar efetivamente sua suspeita

“muitas vezes as pessoas chegam aqui com hematomas, entendeu? um pouco envergonhadas, a gente pergunta e [ela diz que] cai, mas você está vendo que não é nada disso, que foi um murro que levou no rosto, entendeu? aí dá para perceber”

(auxiliar de enfermagem - RJ)

“a gente as vezes consegue um vínculo maior com a mulher e aí você começa a tirar uma série de informações quando você suspeita, né? por exemplo dessa menina que o marido chutava a barriga dela, então, foi assim, ela chegou aqui, a criança estava desnutrida, apática, aí eu comecei a conversar com ela, ‘como é sua vida?, que você faz em casa?’, ‘eu cozinho, lavo, eu passo’, ‘costuma sair com as crianças?’, ‘você sai sozinha ou com o pai delas?’, e ‘o pai delas?’ (...) Aí, você vai começando a puxar, eu pergunto como é que foi quando ela ficou grávida, o que é que ele achou? se ele queria o filho? O marido não queria, ela é culpada por ter engravidado, e aí a gente começa a conversar com ela. ‘Você acha que o filho você fez sozinha?’, ‘não’. ‘Você já disse para ele?’, ‘não’. ‘Por que?’, ‘Porque eu tenho medo’. ‘Medo, de que?, Ele bate em você?’. Aí ela não fala, mexe a cabeça. Quando você começa a mexer nisso ela sempre chora. Porque você está cutucando a ferida dela, a verdade é isso e aí começa a falar o tipo de violência que ela sofre”

(assistente social - RJ)

Uma das profissionais (auxiliar de enfermagem) identificou uma mulher vítima de violência doméstica através de outra usuária que conhecia essa situação e mostrou sua

preocupação para o profissional de saúde. Porém, existe ainda uma grande resistência para abordar essa problemática junto às mulheres:

“... aparece aqui de vez em quando (...) por exemplo, teve uma moça hoje aqui, ela é gestante, a outra [testemunha] chegou perto de mim, ‘moça você não atendeu aquela moça, uma loirinha?’, ‘atendi’, ‘essa moça apanha muito na rua, o marido dela bate na rua, ela tá grávida’, ‘meu amor, que posso fazer? ela é que tem se manifestar em qualquer lugar para poder denunciar ele, eu vou fazer? eu não posso fazer isso’, não posso perguntar, ‘quem é teu marido, porque ele te bate?’. Não posso entrar...”

(auxiliar de enfermagem - RJ)

Os outros profissionais (três médicos, as três enfermeiras e uma auxiliar de enfermagem) disseram que não identificaram nem suspeitaram de mulheres em situações de violência. À exceção de um deles que assinalou que tinha suspeitado, mas preferiu não perguntar à mulher:

“veja só, as vezes você conversa com a paciente e aí você sente que ela pode passar por esse tipo de constrangimento, de sofrimento, mas pelos menos comigo especificamente nunca chegou a comentar (...) também eu não vou perguntar (...) a paciente não te conta muito da vida dela, não sei porque, acha que não é para contar, que não é função do médico. Se alguém chegar para mim e conversar eu vou ouvir. Eu não vou realmente é perguntar, não vou perguntar como também eu não vou perguntar se usa drogas...”

(médico - RJ)

No que diz respeito aos profissionais do PMF, a totalidade dos profissionais com exceção de uma delas (auxiliar de enfermagem) identificaram mulheres em situações de violência. Dos 14 profissionais, 8 tinham suspeitado de violência doméstica em alguma das seguintes circunstâncias:

a) Quando as mulheres procuraram atendimento por apresentar lesões físicas visíveis, principalmente, hematomas. Alguns dos profissionais disseram que as mulheres nem sempre aceitam que foram agredidas pelos parceiros e que preferem negar ou dizer que caíram. As falas a seguir ilustram a questão:

“Elas vêm pra consulta comum, ‘tou com dor aqui, tou com dor ali’. A gente pergunta: ‘O que que houve, você caiu?’. A gente vê o hematoma, elas falam: ‘Ah! não, tava brigando’,

‘Você brigou, partiu pra agressão física?’. Aí, ‘foi, mas não foi nada não’. Ela fala sempre que não foi nada não’’.

(auxiliar de enfermagem - PMF)

“Eu atendi uma paciente, mais ou menos um mês e meio atrás. Ela me chegou dizendo que tinha batido com o rosto na mesa, Achei meio estranho porque existia uma área de hematoma na esclerótica. Tudo bem, realmente pode, né? Mas tinha uma roxição que eu não tava conseguindo entender...”

(médica - PMF)

b) Quando as mulheres procuraram atendimento por problemas relacionados à violência sexual, suspeitado através de queixas ginecológicas crônicas, insatisfação sexual, relações sexuais forçadas, dor nas relações sexuais, “dificuldades nas relações sexuais”, entre outros. Essas situações criaram condições e oportunidades para que o profissional pudesse perceber a violência doméstica.

“Dor é muito claro, ou quando eu vou fazer exame ginecológico ... Um grande número de minhas mulheres que chegam para mim perguntam se o orgasmo existe (...) tem umas que odeiam sexo, detestam (...) A queixa é por aí. ‘Ah! você faz quando quer ou como é que funciona isso?’, ‘Ah! não. As vezes eu não quero e faço’’.

(médica - PMF)

“As queixas na área de ginecologia, ‘eu sinto dor’, é esse tipo de queixa que se você for ver tem história de ... ‘como é que é o relacionamento?’, ‘ah! doutora ele passa, bate a mão no meu ombro e me chama’, ‘ah! mas não dá para conversar, e o namoro, carinho?’, ‘não doutora, ele não é assim, não. Eu tenho que me conformar...’. Elas têm um monte de queixas. Algumas vêm assim, ‘Ele não tá me vendo, não tá me respeitando’ (...) Isso aí com o passar de tempo, as queixas ginecológicas vão aumentando, ela começa a procurar uma doença que ela não tem, porque ela sente dor, que um corrimento, que não sei lá...”

(médica - PMF)

c) Quando as mulheres procuraram atendimento médico em várias oportunidades e manifestando uma diversidade de sintomas relacionados com a saúde física, por exemplo, dor de cabeça e no corpo, cansaço, queixas inespecíficas (“um sintoma que não sabe definir o que é que é”), insônia, desmaios. Essa situação, junto a diversas tentativas de tratamento sem sucesso, levaram os profissionais a suspeitar de violência doméstica a partir de uma

abordagem mais integral da vida das mulheres que inclui necessariamente a experiência da vida conjugal e familiar.

“Pra começar ela chega com uma queixa muito inespecífica, ela não tem uma queixa mesmo. E quando a gente começa a conversar e discutir (...) tem pontos, tem questões que dão chance pra que ela fale, ‘Ah! eu tou com muita dor é porque eu não tou conseguindo dormir’, ‘E porque você não tá dormindo?’. Aí as vezes ela vai falar. Então, geralmente elas vão chegar e vão te falar de uma forma bem discreta, pra que se você perceber, você começa a puxar e aí ela vai te contar”.

(médico - PMF)

“Ela é poliqueixosa, ela sempre vinha a se queixar, ora de dor de cabeça, ora de desmaio e você no exame dela não encontra nada, aí começando a conversar com ela, eu fui descobrir que o marido quer ter outro filho e ela não quer, que ela disse que não agüenta...”

(médica - PMF)

d) Quando as mulheres procuraram atendimento por problemas relacionados com a saúde mental: depressão, nervosismo, ansiedade. Alguns dos profissionais se referiram a que esses problemas são relatados junto com agressões físicas.

“geralmente é assim, você tem um motivo para pensar, a mulher é muito nervosa, quer tomar calmante porque está muito nervosa...”

(médica - PMF)

“várias chegam aqui nervosas, com a pressão nas alturas, têm que tomar diazepam e tudo por agressão física -mas encoberta- mas a gente sabe que foi agredida...”

(auxiliar de enfermagem - PMF)

No que diz respeito à identificação de mulheres em situação de violência doméstica, a maioria dos profissionais apontou que foi possível a partir do seus próprios relatos. Nas seguintes falas, as entrevistadas colocam que o fato de trabalhar com uma determinada população permite uma aproximação maior com as pessoas e gera-se o sentido de responsabilidade diante da saúde das usuárias criando-se espaços de diálogo e confiança que permitam falar sobre esse problema.

“acho que essa é a grande vantagem de trabalhar numa comunidade fechada. Na comunidade fechada a gente tem mais tempo, porque você é médica de um certo número

*de pessoas (...)Você tem que se preocupar no reflexo das coisas que você vai fazer (...)
Então, você começa a conversar com as pessoas, uma vez, duas, três ... teve gente que
assim, a segunda, terceira consulta tem uma simpatia por você, então fala a vida toda
dela, se ele bate ...”*

(médica - PMF)

*“Ela tava machucada, foi fazer o curativo e perguntamos porque. Ela ficou muito
constrangida depois de uma longa conversa, ela já tinha um certo conhecimento com a
gente, a gente não sabia o que acontecia (...) De repente um dia chegou chorando e
falou”.*

(auxiliar de enfermagem - PMF)

Alguns dos profissionais disseram que identificaram a violência doméstica através de outros profissionais de suas equipes ou também através de outras usuárias que conheciam às mulheres em situações de violência (“ficamos sabendo por outras pessoas que pediram ajuda a gente, para ver se a gente conseguia conversar com o marido...”).

Vários profissionais disseram que diante de alguma evidência clínica ou de outro elemento de suspeita da violência doméstica, optaram por perguntar às mulheres sobre essa questão, a fim de poderem confirmar suas suspeitas.

*“...eu fui deixando passar a consulta para ver se ela me colocava. E, perguntei sobre o
esposo e foi aí que ela começou: ‘Deve estar bem’, e eu ‘Opa! deve estar bem, porque? Ele
não está bom?’. ‘Não, ele tá bem, eu não sei’. ‘Então conta essa história para mim’. E ela
muito calada, muito na dela, e eu tentando ser o mais delicada possível pra deixá-la a
vontade, foi quando me colocou que ele tinha dado um soco. E eu falei: ‘Credo’ e
perguntei porque...”.*

(médica - PMF)

Os profissionais que não suspeitaram e não identificaram a violência contra a mulher (23% do total) explicaram essa situação pelo fato de “não ter mesmo muita violência” entre as mulheres que atendem. Uma das entrevistadas utilizando o estereótipo de que as mulheres são “faladeiras”, disse que mulheres em situações de violência fariam dessa situação: “mulher é bicho que fala muito, né. Elas costumam falar, qualquer coisa elas falam”.

TEMA 6.4.2: FREQUÊNCIA DA SUSPEITA E/OU IDENTIFICAÇÃO DE MULHERES
EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

No que diz respeito à frequência com que suspeitaram e/ou identificaram a violência doméstica, quase a totalidade de profissionais disseram que raramente ou poucas vezes atenderam mulheres em situações de violência. Para os profissionais essa demanda é maior nos serviços de emergências hospitalares (pronto socorro) e percebe-se como eventos esporádicos nos serviços de atenção primária, motivo pelo qual não constitui-se em prioridade institucional. O depoimento seguinte ilustra a percepção dos profissionais sobre a questão:

“...o número em relação a demanda não é tanta ... se você tivesse que classificar e dar um número de 100 pacientes, eu não sei se 99 viriam por outro motivo, entendeu? Então, eu não acredito que seja uma coisa que tenha muita importância, se vamos dar prioridade ao assunto”.

(médica - RJ)

Para ilustrar essa situação, a maioria dos profissionais declarou que a violência contra a criança no âmbito doméstico é uma realidade com a qual confrontam-se mais frequentemente na sua prática cotidiana. A metade dos profissionais contou várias experiências de atendimento a crianças vítimas de violência, especialmente, por abuso sexual e estupro no âmbito doméstico e, outros casos de abuso físico e negligência. Assim, fica mais claro, que a violência contra a mulher é percebida pelos profissionais como sendo de frequência menor na procura dos serviços de atenção básica.

“Só vi violência mais em criança, com participação da família, que é o pior. Vêm meninas aqui de 9, 10 anos que são violentadas dentro do seu próprio ambiente familiar com o consentimento da família. Eu já tive pequenininhas aqui que negaram, que ficam coagidas, que são ameaçadas (...) já teve outro [tipo de violência] que acontecia muito, a mulher que tem filha e parte para o segundo casamento e o padrasto força, ele disse ‘não conta para a tua mãe’, aí eles dizem que foi ela que inventou, nunca são eles, né. As meninas são forçadas a ter relação com o padrasto ...”

(médica - RJ)

“Criança é mais (...) tivemos o caso de uma menina que tinha suspeita de estar grávida justamente por isso, abuso sexual (...) Agora me veio à cabeça uma família, que o pai e o irmão mais velho praticaram violência sexual contra as irmãs ...”

(médico - PMF)

Resumindo, do total de entrevistados, 73 % dos profissionais (22) identificaram a violência contra a mulher no âmbito doméstico. Dos 22 profissionais que identificaram, 14 são do PMF, quer dizer, 93% desse programa identificaram e 8 são profissionais dos centros de saúde do Rio de Janeiro, ou seja, 53% do total do RJ. Destes profissionais, 12 disseram que tinham suspeitado de casos de mulheres em situações de violência durante o atendimento. A maioria deles (8) pertencem ao PMF e os 4 restantes aos centros de saúde do RJ. Como vemos, existe uma diferença importante entre os profissionais de ambos modelos de atenção tanto para suspeitar e/ou identificar mulheres em situações de violência. Algumas das razões pelas quais essa diferença pode ser explicada são abordadas no tema sobre o papel dos profissionais diante da violência contra a mulher no âmbito doméstico.

Destaca-se o fato de que a maioria dos profissionais que identificou mulheres em situações de violência, manifestou que foi possível devido aos próprios relatos dessas mulheres que falaram e contaram sobre a violência doméstica. Os relatos revelam a estreita relação entre violência e saúde reprodutiva (gravidez indesejada, DST recorrentes, AIDS, infecções pélvicas crônicas) no cotidiano da vida conjugal, que pode colocá-las diante de situações freqüentemente fora de seu controle, tornando-as ainda mais vulneráveis e reduzindo a capacidade real de superar a violência.

No entanto, o fato de que a identificação da violência seja através de queixas relacionadas à saúde reprodutiva, à saúde mental e física, demonstra que a sensibilidade do profissional pode gerar condições especialmente favoráveis na relação profissional de saúde-usuária que ajudem a desvendar a violência, inclusive, no contexto no qual os profissionais de saúde percebem essa problemática como uma demanda pouco freqüente desses serviços.

TEMA 6.4.3: ATUAÇÃO DIANTE DOS CASOS IDENTIFICADOS DE MULHERES EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

Esse aspecto foi abordado através de relatos dos profissionais que identificaram mulheres em situações de violência, a partir da seguinte pergunta: Me conte com detalhe, qual foi sua atitude nesse(s) caso(s)?

Cabe ressaltar que não pretendemos realizar algum tipo de avaliação das práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais durante o atendimento cotidiano e sim descrever quais foram as ações efetuadas nos casos em que identificaram mulheres em situações de violência.

Como já fora apontado, no Rio de Janeiro, oito profissionais identificaram a violência contra a mulher. Todos os profissionais tiveram algum tipo de atuação, variando segundo a categoria profissional, como mostramos a seguir.

Os dois médicos assinalaram que deixaram a mulher falar sobre os problemas com seus parceiros, “perguntando tecnicamente como é que aconteceu, quando, como surgiu”, sem provocar constrangimentos para elas e nem mostrar atitudes de culpabilização, de surpresa ou de “reação repulsiva” diante da situação relatada. Em ambos casos, os profissionais abordaram a questão da violência, dando algumas orientações gerais para melhorar o relacionamento entre o casal que pudesse contribuir a resolver esse problema. Os dois profissionais consideraram que sua intervenção devia limitar-se a esse tipo de orientação e dar apenas uma resposta mais “técnica” relacionada às conseqüências físicas da violência. Esses profissionais acham que o motivo da consulta, a queixa pela qual a mulher procurou o atendimento não foi prioritariamente a questão da violência mas os problemas relacionados com essa violência assim como também que as mulheres não esperam que os profissionais possam intervir a fim de apoiar na resolução do seus problemas. Veremos, nos exemplos seguintes as falas dos profissionais sobre esse aspecto:

“Eu em principio tento deixar a paciente muito a vontade, tento fazer com que a paciente não se sinta culpada de nada e nem tento dar conselhos que não é de minha alçada. Eu tento tratar aquilo que ela trouxe como problema e aquilo que ela tem com o marido é sempre na minha tentativa de fazer com que ela tenha muito diálogo e tente resolver os assuntos dela da melhor maneira possível, principalmente quando tem filhos, de se reconciliar e resolver aquela questão sem ter isso de ressentida né. Não me envolvo mais do que isso”.

(médica - RJ)

“geralmente algumas falam alguma coisa, umas revelam, outras acabam mentindo, mas você nota que a agressão é maior que a vontade de trocar aquela informação, até porque eu não vou resolver o problema dela, ela não deposita em mim nenhum tipo de esperança nesse sentido, deposita em mim o que ela tem sentido que é difícil, acho que essas mulheres são muito sábias, elas sabem que esse problema tem que ser resolvido por elas mesmas”.

(médica - RJ)

O depoimento seguinte demonstra claramente as respostas “técnicas” oferecidas pelos profissionais durante o atendimento de uma grávida, que procura atenção e fala diretamente da agressão física provocada pelo parceiro.

“geralmente ela quer saber do bebê, objetivamente ela quer saber se o bebê morreu, se alguma coisa aconteceu com ele, então, o imediato é saber se o bebê está bem. Então eu até desenho, dizer para ela que existe um amortecimento, alguma coisa assim e quando infelizmente não dá para escutar ao bebê, tem que encaminhar. Nessa hora elas estão muito tensas pela situação do bebê, elas não estão muito preocupadas em resolver a agressão senão o que aconteceu com o bebê...”.

(médica - RJ)

No caso das auxiliares de enfermagem, uma delas encaminhou a mulher para atenção médica e a outra entrevistada manifestou que conversava, mas não mostrava um interesse maior porque avalia que não tem alternativas para oferecer à mulher. Nessas situações, a entrevistada manifestou que preferia somente ouvir o relato da mulher:

“Olha! eu fico assim, olhando para elas ... não tenho que fazer. A gente conversa, elas as vezes perguntam, se acha normal, ‘não, não é normal’. Não é normal. Eu não me empolgo muito (...) eu somente ouço”.

(auxiliar de enfermagem - RJ)

No que diz respeito aos profissionais de psicologia, ambas relataram que sua atuação prioriza a questão de autoestima da mulher, a fim de que as mulheres possam afirmar suas capacidades para tomar decisões que lhes permitam enfrentar a violência doméstica. Nos pareceu pelas falas das entrevistadas que por sua capacitação profissional conseguiram desenvolver uma abordagem terapêutica e periódica, a fim de discutir com as mulheres as causas da violência doméstica.

“primeiro tem que dar um apoio, levantar a autoestima e uma vez que ela tomou consciência, ela vai passar a reagir. Agora, a gente sabe que é difícil, é difícil elas tomarem uma decisão porque não têm como, quer dizer, para mim é fortalecer, levantar a autoestima, mostrar para elas quanto elas são importantes, que elas não precisam viver assim...”

(psicóloga - RJ)

As assistentes sociais atuaram de maneira diferente. Uma delas encaminhou as mulheres para procurar a delegacia de mulheres ou as varas da família para que possam “ter seus direitos garantidos”. A outra profissional aborda de uma forma mais integral: conversa, orienta e acompanha, ainda, quando mostra-se preocupada com as conseqüências de suas ações, principalmente, no que diz respeito à possibilidade da mulher ser agredida novamente pelo parceiro.

“Eu pedi para ela, mandar o marido vir aqui. Ela falou para o marido vir falar com a gente. Ele não veio. Aí eu mandei uma carta para ele. Ele não veio. Disse que não queria saber. Aí eu comecei a falar com ela, até fiquei com medo dele começar a bater nela por causa disso, que pode acontecer, né? Aí eu comecei a conversar com ela, ela estava contando a intimidade dela para mim, até eu podia ser vítima da violência dele, que ele podia vir a tomar satisfação comigo e me bater também, nem eu estava livre, isso acontece! tem que ir com calma, entendeu? e aí comecei a falar com ela, ‘você já ouviu falar da delegacia de mulheres?’ ‘Não’. Comecei a falar para ela que existia a delegacia de mulheres, que eram mulheres como ela e que sofriam violência e que iam à delegacia a denunciar aos maridos, né? e que eles sofriam um processo, por violência, que isso não podia fazer. A avó vinha sempre com ela. E a avó é que começou a falar isso para ele. ‘Se você encostar o dedo na minha filha, se eu souber que você encostou a mão nela, eu vou denunciar na delegacia de mulheres’ (...). Ele parou, temporariamente, ele parou. Agora ultimamente nem nas crianças ele está batendo pelo que a gente está sabendo...”

(assistente social - RJ)

A partir das falas dos sujeitos da pesquisa, podemos dizer que os médicos, as enfermeiras e as auxiliares de enfermagem apesar de identificar às mulheres em situação de violência, atuam oferecendo respostas “técnicas” para tentar aliviar os problemas de saúde produzidos pelas agressões, porém, a própria violência é abordada de maneira limitada. Somente as psicólogas e uma das assistentes sociais abordaram a questão da violência doméstica de forma mais integral, buscando juntas -profissional de saúde e mulher agredida- respostas para superar essa situação.

No que diz respeito ao PMF, dos 14 profissionais que identificaram mulheres vítimas de violência doméstica, doze deles desenvolveram ações abordando a questão de violência. Os dois profissionais restantes que não atuaram, disseram que preferiram não intervir, uma vez que a identificação desses casos tinha ocorrido através de outras pessoas, pelas quais “ficaram sabendo” das mulheres em situações de violência.

As ações desenvolvidas mais frequentemente pelos profissionais foram as seguintes: orientação -incluindo a orientação legal- (10), aconselhamento e acompanhamento (9), visitas domiciliares (3) e encaminhamentos a outros profissionais do mesmo serviço ou de outras instituições (3). As falas dos profissionais nos passam a idéia de que foi possível “conversar” com as mulheres vítimas de violência doméstica sobre essa questão. Nos depoimentos podemos perceber que esse encontro foi cuidadoso e respeitoso a fim de criar condições para que a mulher se sentisse com confiança para falar sobre a violência. A orientação e o aconselhamento procuram mostrar às mulheres que suas histórias podem ser diferentes, que podem enfrentar as situações de violência e que permanecer nesse tipo de relacionamentos provoca sérias repercussões tanto para a saúde da mulher e dos filhos assim como influi negativamente no desenvolvimento integral da mulher na sociedade. Os profissionais durante os encontros com as mulheres colocaram para elas que superar a violência dependia basicamente das decisões e iniciativas da própria mulher, mostrando algumas alternativas e caminhos que elas podiam optar -incluindo a procura da delegacia da mulher. Os seguintes depoimentos ilustram alguns aspectos da atuação dos profissionais diante da violência doméstica:

“eu conversei com ela, mostrando para ela o que poderia estar acontecendo, que ela tem uma filha menor de idade, que já tinha batido uma vez, perguntava para ela como ela se sentia perante aquilo, ela falava que se sentia muito mal que detestava aquilo, que ela via a filha saindo agredida...aí eu perguntava, ‘o que você poderia fazer?’ aí ela falava que já tinha que ter tomado vergonha, ter mandado o cara embora, mas que ela não tinha coragem, que dependia dele. Eu falei ‘e na delegacia?’, ‘ah! na delegacia...’, porque ela queria transferir o problema para eles, tá entendendo? (...) mas a pessoa que convive é que tem que dar o limite, tem que dar o fim. Aí mostrava isso para ela, que ela não podia ficar esperando de outros, que ela tinha que ver o problema, conversava com ela, eu procurava clarear, né?”.

(médica - PMF)

“Eu sempre procuro conversar, dar uma palhinha, colocar de uma certa forma, que a conversa é alma do negócio (...). Então eu coloco a questão dos filhos, se eles tão sendo bem tratados, que eles precisam ser melhor vistos, que eles precisam dos dois e que depois

de muitas negociações, se isso não for ideal eu acho que eles têm que tomar uma solução mas que acima de tudo eles têm que ser amigos e crescer. Mas em nenhum momento eu falo para elas abaixarem a cabeça...”.

(médica - PMF)

Alguns profissionais relataram que puderam acompanhar mais de perto -através de visitas domiciliares- a situação de algumas mulheres que contaram sobre a violência doméstica. Esses profissionais disseram também que em alguns casos foi possível conversar com o marido, apesar das dificuldades que tiveram para abordar a questão da violência com eles, devido a sua resistência para falar sobre esse aspecto. Na fala a seguir, observamos como uma das profissionais sente-se com a liberdade de intervir e acompanhar o relacionamento do casal, falando para o parceiro que ela -profissional de saúde- está atenta à situação deles.

“A gente chama, vai na visita, conversa várias vezes, explica direitinho, a gente vê quem continua naquele mesmo erro, a gente vai lá e reforça tudo o que nós já falamos, ‘Olha isso não é assim’, explica quantas vezes for necessário [conversaram com o marido?] Já conversamos sim. Ai eles negam, eles não assumem. Eles disseram: ‘Não, não aconteceu não, se aconteceu eu não tava bem, vai ver que eu tava alcoolizado’, entendeu, sempre tiram o corpo fora (...) Mas a gente tem muita liberdade com eles pra conversar, por isso que é boa a visita domiciliar, por causa daquele vínculo da amizade. Eu digo: ‘Olha, eu vou ficar de olho em você, hein!’. Se a pessoa fizer de novo: ‘Olha lá, hein. Vida dos outros não é saco de pancada!’. Ai eles dizem: ‘Não, tá tudo bem’”.

(auxiliar de enfermagem - PMF)

Alguns profissionais orientaram e/ou encaminharam para a delegacia da mulher como uma forma de pressão e de intimidar o parceiro a fim de propiciar mudanças no relacionamento. Uma das profissionais orientou a mulher para fazer a denúncia e se separar do parceiro, devido a gravidade da situação da mulher que sentia ameaçada a segurança dela e dos filhos. As falas a seguir, mostram como as entrevistadas apesar de suas dúvidas, preocupações, angústias e temores sobre qual seria o melhor apoio, aconselhamento e/ou orientação para as mulheres vítimas de violência, atuaram de forma mais comprometida com elas.

“Primeiro fazer as pessoas falarem, mostrar para as pessoas que isso daí não tem que ser assim, sabe? É ruim? É. Errado, é? É. É assim porque também um pouquinho você deixa. Tem um caminho para não deixar isso acontecer e em caso que isso aconteça tem

caminhos para que isso não volte acontecer de novo. Uma de você fazer uma queixa na polícia, intimidação, embora não seja grave, eles temem isso...”

(médica - PMF)

“mas eu me preocupei de saber o que estava havendo? e é meio maluco isso né? o que que ela queria fazer? Estou falando que é meio maluco porque eu perguntar a uma pessoa que está completamente perdida, o que que ela queria fazer? mas eu também estava perdida, entendeu? Bom e aí o que é que você quer fazer? ‘mas eu quero me separar porque estou me envolvendo com outra pessoa aí tá ficando claro que meu casamento não tem nada a ver, estou me sentindo triste, eu transo com ele porque tenho que transar, porque ele não me deixa dormir (...). Eu fico com medo dele me matar quando fico dormindo’. Eu perguntei se ela queria sair (...) Eu fui tentando organizar o raciocínio dela, querendo saber, ela está disposta a que? até para poder orientar (...) Orientei na parte legal, mas ‘será que eu posso fazer mais?, será que eu posso me intrometer?’. Até onde? qual o respaldo que eu tenho para chegar a ele e conversar?... a primeira coisa que ele vai dizer é que não me meta, porque não é um assunto meu, mas ela está precisando de acompanhamento, tratamento psicológico dela e das crianças, porque a situação deve ficar infernal”

(médica - PMF)

A partir dos relatos, podemos dizer, que a atuação desses profissionais procurou discutir a questão da violência e as conseqüências na vida das mulheres, tentando dialogar e mostrar as possibilidades de enfrentar a situação de violência. A atuação aconteceu ainda em condições nas quais os profissionais mostraram-se angustiados e preocupados pelas conseqüências de “entrar” nesse assunto privado. Assim, em alguns casos avaliaram a condição de “risco” para a mulher e seus filhos. Isto implica avaliar o grau de segurança que a mulher possui para permanecer ou não junto ao marido, em determinado momento. Como conseqüência desta avaliação pode-se intervir, inclusive, mobilizando às delegacias de atendimento à mulher para garantir a vida dessa mulher.

TEMA 6.5: AS DIFICULDADES PARA IDENTIFICAR E ATUAR DIANTE DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO ÂMBITO DOMÉSTICO

No contexto assinalado anteriormente sobre a atuação dos profissionais, indagamos sobre as dificuldades para atuar diante desse problema, através da pergunta seguinte: Quais seriam as dificuldades para enfrentar o problema da violência contra a mulher tanto na identificação como na atuação?

Os profissionais entrevistados se referiram a uma diversidade de dificuldades na identificação e na atuação diante desse problema, sendo que algumas delas foram apontadas mais frequentemente. A apresentação dessas dificuldades segue a ordem de frequência, o que nos informa do predomínio das questões que os profissionais sentem como elementos que dificultam sua atuação.

A maioria dos sujeitos desta pesquisa (25) considerou que a principal dificuldade para a atuação dos profissionais diante da violência doméstica é o fato de que as mulheres não falam sobre essa questão durante a consulta devido as “dificuldades delas mesmas, porque têm pessoas com dificuldades de chegar, de se abrir, aí elas guardam para elas mesmas”.

Segundo a visão desses profissionais as mulheres têm dificuldades para contar e expressar que foram agredidas pelos parceiros, preferindo dessa maneira, **silenciar o problema**, a não ser quando as mulheres encontram-se em situações ainda mais críticas na quais precisam buscar ajuda. Nas falas a seguir as entrevistadas expressam o grau de sofrimento que levou às mulheres a falar:

“Elas costumam a falar mas quando a coisa tá muito séria, quando elas estão muito sufocadas é que elas chegam para falar”

(psicóloga - RJ)

“de repente foi até um momento de explosão, tavam sofrendo muito, precisando de alguém, precisando desabafar, encontrou um apoio, então nesse aqui vou me apoiar...”

(auxiliar de enfermagem - PMF)

“Eu acho que o principal é a própria mulher não falar ou por exemplo, se ela vier aqui em tese sem nenhuma lesão e não me fala nada a não ser que você conheça de muito tempo e ter ouvido alguma coisa de um paciente, de um vizinho ou de um parente que a violência acontece eu não vou saber, a não ser que ela venha ferida ou que abra o jogo”

(médica - PMF)

Quando perguntados os profissionais sobre o porquê dessa atitude de parte das mulheres, a maioria das respostas esteve relacionada fundamentalmente a duas questões: as mulheres sentem vergonha de falar e assumir diante dos profissionais que foram agredidas física e/ou verbalmente pelos parceiros e sentem medo de denunciá-los, porque essa situação

pode colocá-las em maior risco de voltar a serem agredidas pelos maridos. Segundo os profissionais as condições de dependência econômica da mulher, fazem com que ela sinta medo de falar sobre a violência, porque podem piorar as condições de vida da mulher assim como a dos filhos.

“Porque elas não reclamam, o silêncio é a grande coisa. Porque elas não reclamam? porque elas têm vergonha de dizer que sofrem esse tipo de violência ou porque elas têm medo, elas dependem do marido, então, o marido bate nela, reclamar, ele pode ir embora, ele pode largar os filhos, então ela prefere apanhar, ficar calada. Eu acho que o grande problema é financeiro...”

(médico - RJ)

“É mais por medo, medo delas de colocar uma situação extremamente particular, com medo do esposo, de agressão física de novo. Isso é a primeira coisa. E, posteriormente a vergonha...”

(médica - PMF)

Junto a essas explicações, alguns dos profissionais disseram que as mulheres não falam da violência, porque acham que é parte de suas vidas. Para esses profissionais, as mulheres aceitam passivamente sua situação, a tal ponto, que “normalizam” o fato de serem agredidas pelos parceiros. Segundo a visão dos profissionais essa atitude das mulheres está reforçada nas próprias experiências familiares, onde aceita-se que a violência é uma conduta que faz parte da convivência conjugal. A vivência da violência passa a ser um fato cotidiano da vida dessas mulheres desde a infância até hoje enquanto esposas, fortalecido pelo contexto cultural na qual se definem os papéis femininos e masculinos. Nesse contexto as mulheres não acham estranho quando acontece a violência, não questionam sua situação, ao contrário justificam a atitude dos parceiros e, em último caso, escondem essa realidade.

“... eu pergunto como vai o relacionamento. Aí disse, ‘vai mal porque ele está desempregado mas eu tou compreendendo’ ou ‘não tenho prazer porque ele está nervoso’. Mas aquele negócio, é o sentimento maternal, como uma mãe, porque está dizendo: ‘coitado, ele está desempregado! Coitado, ele bebe! Coitado, ele trabalha o dia todo! Coitado e aí sempre ... mas ela não vê que ela é que é a coitada’.”

(médica - RJ)

“... tem a questão da representação, ela já vive em um ambiente violento, a mãe dela apanhava do pai, do companheiro e aí é assim que ela aprendeu, é o modelo que ela

aprendeu, quando isso acontece com ela não acha tão estranho esse modelo que ela vê a todo momento”.

(assistente social - PMF)

Alguns profissionais (5) disseram que as mulheres não falam sobre a violência porque a relação entre o profissional de saúde e a usuária é superficial, de tal forma que as mulheres não se sentem com liberdade para falar e contar sobre esse problema, assim, preferem procurar o serviço social ou o serviço de psicologia onde talvez possam encontrar algumas respostas para enfrentar a violência doméstica. No depoimento seguinte, fica claro, as limitações dos profissionais médicos para abordar esse problema:

“Eu acho que elas acham que o ginecologista não é a pessoa certa para ouvi-la. Eu acho que se ela chegar aqui no posto e ela quisesse fazer algum tipo de referência a esse tipo de coisa ela vai procurar um serviço social ou um psiquiatra ou a psicologia (...) A relação que você estabelece com a paciente é uma relação um tanto quanto superficial nesse sentido (...) a paciente não te conta muito da vida dela, acha que não é para contar, que não é função do médico”.

(médico - RJ)

Alguns profissionais se referiram à importância de “valorizar” a comunicação e a forma como o profissional estabelece o diálogo com a mulher, de tal maneira que possam ser superados seus sentimentos de medo e vergonha para falar sobre a violência, assim como as queixas das mulheres e a sensibilidade do profissional para identificar e atuar diante da violência doméstica:

“Eu acho que é medo, vergonha, deve ser alguma coisa, porque o que acontece aqui fica aqui, se ela passa pelo médico, você não vai sair por aí anunciando, denunciando nem fazendo propaganda, né. Mas mesmo assim a mulher é muito retraída, quando acontecem coisas assim elas ficam mais na delas, para você arrancar alguma coisa você tem que ter um papo muito bom, puxar, conversar. Tal vez ela se abra com você”.

(auxiliar de enfermagem - RJ)

“eu acho que a primeira coisa que entrava é a questão pessoal, tanto a detecção, tratamento, quanto qualquer tipo de atitude sobre esse homem ou essa mulher e você tem várias outras coisas além dessa atitude. Por exemplo, a entrada no serviço, ‘O que aconteceu com você?’, ‘Qual é seu problema?’, ‘Meu marido me bateu’. Vai falar isso? não vai falar isso! Ela vai falar que está com dor no dedão do pé. Se o cara valoriza

ótimo, senão valoriza procura outro ambulatório. Eu acho que têm muito a ver com essa falta de sensibilidade das pessoas que estão do outro lado...”

(médica - PMF)

Os profissionais do PMF disseram que a relação estabelecida entre o profissional de saúde e a usuária, baseada na confiança, na “sensibilidade” e na “persistência” do profissional, e na “proximidade com a comunidade” (com as famílias) possibilita um contato mais íntimo e o desenvolvimento de uma boa comunicação. A aproximação ao problema é denotada como um trabalho a longo prazo que precisa de vários encontros e que pode levar inclusive vários meses. Esse aspecto, é assinalado em diferentes oportunidades pelos profissionais do PMF, ao longo de todas as questões da entrevista.

“Olha! você vê para eu observar a violência contra a mulher, no meu consultório aqui, eu vou gastar duas, três entrevistas para ela poder falar desse problema. Fala mas vou gastar, primeiro contato, no segundo contato ela vai falar da família e no terceiro contato ela fala do problema dela”.

(médico - PMF)

Esse entrevistado apontou que o contato íntimo com as pessoas permite a abordagem da questão da violência. Esse aspecto altamente valorizado, segundo a visão desse profissional é o que diferencia o trabalho do PMF frente aos outros serviços de saúde:

“Uma pessoa vai ser atendida no PAM, ela vai ter uma consulta de quinze minutos, então ela vai chegar lá e falar: “Doutor, eu tou com dor em tal lugar”, aquela dor é porque talvez ela apanhou do marido na noite passada, [o médico vai dizer] ‘Voltarem, pum, tchau! Aí é mais difícil ainda, se você não tiver um contato íntimo com aquela pessoa, de conversar, de saber, você não vai conseguir abordar essa questão. No resto do serviço público, aí que a coisa é mais complicada”.

(médico-PMF)

Outra das dificuldades mais importantes apontada por uma proporção significativa de profissionais se refere ao fato de que eles vêem o problema da violência doméstica como uma questão íntima e particular que diz respeito apenas à vida do casal. Os profissionais sentem que não podem perguntar às mulheres quando suspeitam da violência, porque acham que elas não gostariam de serem invadidas na sua privacidade assim como não querem envergonhá-las nem constrangi-las para falar sobre “um problema privado” , considerado como uma “coisa

muito particular”. Nesse sentido, os profissionais acham que não estão autorizados para aprofundar essa questão, sentindo-se constrangidos e “com muito medo da reação da pessoa” até porque consideram que as mulheres não aceitariam intervenção alguma ao respeito.

“se eu atendo uma paciente no posto, aí ela até pode responder que caiu e que não foi, aí quando ela responde que caiu, eu não vou esticar a conversa, não, porque eu acho que posso estar melindrando a paciente”.

(médico - RJ)

“têm pessoas que são mais fechadas, que não gostam de comentar, pensam que a gente está tomando conta...”

(auxiliar de enfermagem - PMF)

Alguns dos profissionais disseram que perguntar e aprofundar sobre a violência pode acabar ofendendo à mulher e, inclusive, pode tornar-se uma nova agressão para ela. Nos parece que essa percepção está relacionada com a preocupação de que “mexer nesse problema” venha ferir a susceptibilidade e os sentimentos das mulheres. No entanto, esses temores levam os profissionais a colocar permanentemente em questão sua responsabilidade para atuar diante da violência doméstica. O depoimento seguinte, mostra a visão dos profissionais sobre a questão:

“A gente fica numa situação muito, muito difícil. Quem me dá o direito de entrar nessa família e questionar? ‘O senhor bate na sua mulher, por quê? O senhor é chefe ou dono dessa mulher?’”.

(médica - PMF)

Outra das dificuldades apontada pela maioria dos entrevistados do RJ (12) é o fato de não existir espaço e tempo nos serviços de saúde, para que os profissionais possam aprofundar sua suspeita, a fim de identificar e atuar diante da violência doméstica. Cabe destacar que os profissionais do PMF não apontaram esse aspecto -tempo- como uma das dificuldades para atuar diante deste problema.

“... P: conversa com a mulher porque aconteceu essa violência?”

R: Não, filha. Porque veja bem nosso trabalho aqui, não sei se você percebeu? Nosso trabalho é um pouco corrido, a gente não tem quase tempo para sentar e conversar com a pessoa tá?”.

(auxiliar de enfermagem - RJ)

Segundo a visão desses profissionais, perguntar e conversar sobre esta problemática com as mulheres demandaria muito tempo, porque a violência doméstica é um problema que precisa de uma abordagem mais ampla desde o ponto de vista psicológico e social, de tal forma que os profissionais acham que tentar abordar essa questão prejudicaria o número de atendimentos que deveriam ser realizados nos diferentes horários de atendimento. Nesse sentido, para os profissionais a prioridade dos serviços responde mais a critérios quantitativos e de produtividade, sem considerar os critérios de qualidade do atendimento que a questão da violência doméstica demanda. Nas falas a seguir, veremos a opinião dos entrevistados sobre a questão:

“a pressa não nos permite, antigamente tinha que atender 16, agora tem que atender 20, né? Então, isso vai ser cobrado (...) até por mais que tenha boa vontade, porque falar é muito fácil mas tem tantos minutos para cada consulta, também não é por aí, né?”.

(enfermeira - RJ)

“A gente não tem muito espaço aqui neste posto para fazer uma abordagem muito ampla desses assuntos do ponto de vista psicológico porque nós temos uma política muito em função do papelzinho, da quantidade, da produtividade do que da qualidade propriamente dita. Então não se pode conversar um determinado assunto com a paciente uma hora, porque nós teríamos que atender menos pacientes”.

(médica - RJ)

Alguns profissionais do RJ se referiram a que não existem dificuldades somente “para tratar” da questão da violência, mas que esse problema parece não ser de interesse e prioridade tanto para os próprios profissionais como para o PAISM no município do RJ. Esses profissionais justificam essa falta de interesse porque consideram que a violência doméstica não é uma queixa comum entre as usuárias dos serviços.

“A gente concentra muito nosso atendimento em prevenção de doenças, né, em prevenção de doenças. Então, se ela levou um soco do marido na mama, se eu puder tratar essa mama eu vou tratar, o problema dela com o marido eu já vou ter dificuldade de tratar, porque eu vou precisar tempo para falar com ela. Então, até onde se pode fazer se faz, mas nossa abordagem focalizada não é essa, em princípio não é. E, depois não é o mais comum que apareça, né? As queixas menos comuns são de violência”.

(médica - RJ)

“Eu não sei se o serviço de saúde trabalha muito com isso entendeu? Eu não sei se procura muito esse tipo de problema de violência contra a mulher. O programa de saúde da mulher, municipal do Rio de Janeiro, eu acho que é muito voltado para planejamento familiar, pré-natal, para uma boa saúde da mulher na maternidade mas eu desconheço se tem uma preocupação mais específica com a violência. Eu não sei se há uma displicência ou não existe um maior interesse, porque tem outras prioridades...”

(médica - RJ)

Alguns dos entrevistados colocaram que a qualidade do atendimento está relacionada com o contexto do sistema de saúde. Esses profissionais sentem que seu trabalho é desvalorizado e que existem dificuldades para exigir qualidade aos profissionais, devido aos baixos salários. A necessidade de ter vários empregos impossibilita a formação de equipes de trabalho mais coordenadas e inter-relacionadas que possam atuar de forma integral perante a violência doméstica.

“Você já viu como é uma consulta de ginecologia? Você já viu? (...) Se você me fala de ginecologia, ele não tem espaço para isso, fundamentalmente no atendimento clínico, infelizmente não (...) Mas também o sistema de saúde, com 20 atendimentos por turno, não te garante se essa abertura existiria (...) Aí entra a questão do salário. Se eu tenho esse salário, atende da maneira que você puder. Não vai aumentar ou diminuir teu salário em função disso”

(médica clínica - RJ)

“Todos aqui trabalham com um horariozinho para poder ir trabalhar em outro lugar, não podem ficar inteiramente. Se a gente tivesse tempo de se dedicar integralmente até poderia fazer um grupo de estudos, poderia se sentar para fazer alguma coisa”.

(psicóloga - RJ)

“o caso é o seguinte, cada vez mais estamos importando programas que são interessantes, só que nos não somos diferentes das outras pessoas, nós ganhamos muito mal. Então, cada vez mais nós estamos tendo mais obrigações além daquelas que seriam somente a consulta, que é um trabalho de educar a população, só que para poder educar, você tem que falar, tem que gastar teu tempo e muitas vezes, o cara atendendo 20 pacientes, ele não vai querer, mas isso não quer dizer que os profissionais não queiram não. Mas eles não estão se sentindo motivados a fazer nenhum tipo de trabalho...”

(enfermeira - RJ)

Outra das dificuldades apontadas por um número importante de entrevistados (7 - RJ e 3 - PMF) se refere ao fato de que eles próprios consideram que não estão preparados emocionalmente para lidar com essa problemática nem se sentem com capacitação profissional e experiência necessária para abordar as questões que surgem de um problema considerado por eles como um “assunto complicado”, sério e delicado, que diz respeito aos sentimentos e às emoções das usuárias. Nesse sentido, os profissionais acreditam que com treinamento e experiência podem atuar diante deste problema.

“Outra dificuldade talvez seja da pessoa que está do lado de cá, do profissional, a pessoa também tem seu comprometimento emocional, de repente tem algum trauma ou algum problema que ela também não quer lidar ou que ela não sabe lidar com essa situação (...) nós médicos não somos formados para isso, na verdade isso é um problema sério, nossa psicologia não nos forma para lidar com a psicologia humana. Nós fomos formados para lidar com o corpo e não com o psiquismo, não com o sentimento”.

(médica - RJ)

“Eu acho que, por exemplo, no meu caso, eu lido com uma população extremamente carente, eles vivem num mundo diferente do nosso. Eu não vou te falar que eu não tenho receio de eu estar entrando numa situação que eu não conheço e eu tenho medo de ser mal interpretada, entendeu? Então, eu acho que eu teria que ser preparada para eu poder tentar penetrar, porque uma coisa é você observar, perceber e colher. Então, eu acho que falta orientação para os profissionais em princípio, pros profissionais verem qual é o melhor caminho que nós devemos seguir...”

(médica - PMF)

Por outro lado, percebemos que para alguns profissionais, a possibilidade de atender “mais aprofundadamente” casos de violência contra a mulher pode levar a desvendar uma cadeia de outros problemas, por exemplo, violência contra a criança, desemprego, alcoolismo, drogas, situações sobre as quais os profissionais acreditam ter poucas possibilidades de intervenção. Assim, os profissionais preferem não perguntar quando suspeitam de violência, da mesma forma que não perguntam sobre outras questões ditas “sociais” de “difícil abordagem”, como por exemplo, o uso de drogas, alcoolismo, DST/AIDS e aspectos relacionados a sexualidade. A perspectiva de que “você começa a puxar um ponto e vai a outro ponto”, revela a complexidade deste problema e as limitações dos serviços de saúde na atualidade.

“Se alguém chegar para mim e conversar eu vou ouvir. Eu não vou realmente perguntar como também eu não vou perguntar se usa drogas...”.

(médico - RJ)

“É muito delicado, até mesmo questões que não abordam violência mas abordam por exemplo (...) faz parte da consulta ginecológica se a pessoa tem um, dois ou vinte parceiros. É uma pergunta simples e já tem problemas porque a paciente pressupõe que você vai julgá-la. Até uma pergunta simples (...) técnica. Ela se justifica antes de você julgá-la. Mas eu não estou querendo julgar, mas ela já pressupõe que você a julga. Então, se ela refere uma violência para você ela também pressupõe que vai julgar diante da situação. É um preconceito”.

(médica RJ)

Alguns profissionais (principalmente do RJ) acham que têm pouco ou quase nada para oferecer às mulheres em situações de violência . Esses profissionais acham que podem oferecer apenas palavras e ouvidos e pouco de “efetivo” e prático para as mulheres. Diante desse quadro, no qual os profissionais vêem poucas alternativas de atuação, sentem que é melhor não perguntar e inclusive, “não adianta ter uma equipe multiprofissional” se não existem respostas mais concretas:

“Digamos que uma mulher chegasse para mim e dissesse: ‘olha, meu marido me espanca, eu não posso sair de casa, meu marido está me proibindo de comer’, enfim, todas as violências, o que eu vou fazer com essa mulher? nada ... nada”.

(enfermeira - RJ)

“... não adianta ter um grupo multiprofissional para atender se efetivamente de prática não vai se fazer nada. Conversar com a paciente, ouvir, ouvir, ouvir e conversar e falar, falar e ela voltar para casa e apanhar, para voltar a semana que vem. Hoje veio e falou com o ginecologista, amanhã fala com a assistente social, depois de amanhã ela está apanhando. Também não serve de nada”.

(médico - RJ)

Por outro lado, esses profissionais disseram que têm pouco a contribuir para influenciar no que eles consideram que são as decisões das mulheres. Segundo a visão desses profissionais o nível de comprometimento e a responsabilidade que podem assumir para atuar tanto nas situações de suspeita e/ou identificação da violência doméstica dependerá muito do que eles consideram que as mulheres pensam e fazem com respeito a seu próprio problema.

Nos depoimentos seguintes, observamos como os profissionais hesitam para atuar diante desse problema:

“P: mas quando ela [a mulher] comenta será que não está esperando uma pal...”

R: uma palavra? uma ajuda? Ah! Isso é verdade. Já pensei nisso, quando as vezes elas me contavam. Eu ficava Meu Deus o que eu posso fazer? né. Procure uma autoridade? será que vai aceitar minha opinião? ou se separa? ou dá tempo para ele? ou dá um tempo para ela? Agora, não aceitar mesmo, né. Acho que você não é obrigada a aceitar nada do homem só para satisfazê-lo. Eu acho que não. Eu acho que a gente tem que ter nossa personalidade e ir à luta”.

(auxiliar de enfermagem RJ)

“se ela chegasse a mim e comentasse, aí eu poderia conversar com ela, mas aí provavelmente eu iria perguntar a ela: ‘mas porque você não vai embora de casa?’. Aí eu ia ouvir essa resposta, porque ela tem 3 ou 4 filhos, porque ela não tem emprego, porque não tem como sobreviver [aí o que você diria?], eu diria volte para a casa. O que eu posso dizer para ela? ... Eu até conversaria com ela só que eu iria dizer uma coisa muito importante, que eu vou respeitar profundamente (...) se a mulher até hoje apanha 10 anos do marido (...) e até hoje ela não se decidiu a sair de casa, eu só posso dar para ela palavras, eu posso conversar com ela, ouvir se ela quiser falar comigo (...) Isso é muito complicado. Agora, dizer para essa mulher que ela vai embora de casa, estimular ela tomar uma decisão que por si própria não tomou (...) o máximo que eu vou dizer para ela, quando você quiser conversar comigo pode vir que eu converso com você (...) o que vou fazer por essa mulher?”.

(médico - RJ)

Na fala a seguir, uma das profissionais expressa as dificuldades que ela sente para propiciar uma intervenção “mais efetiva” de parte dos profissionais diante da violência doméstica, pela complexidade de fatores que geram esse tipo de violência, no entanto, mostra a importância do diálogo e do aconselhamento com as mulheres em situações de violência.

“Eu acho que os serviços de saúde, eles têm na medida do possível que fazer esse tipo de questionamento: ‘o quê que eu posso fazer para ajudar?’... Eu acho muito difícil porque você não pode fazer nada (...) Eu acho que a nossa intervenção é de satisfação muito pessoal, é o espírito da palavra do profissional. Que influência você pode ter sobre as pessoas? Os problemas as vezes não estão dentro de casa, você não pode lidar com isso, estão no trabalho, estão na situação de vida, estão na família, no teto que está caindo. São coisas assim que não estão na nossa alçada resolver. Então, nosso papel pode até pensar

que é, mas eu acho que a gente não vai dar conta, o máximo que eu posso fazer é aconselhar a mulher, mas eu não vou tomar essa atitude”.

(médica - PMF)

Alguns dos profissionais (2-RJ e 4-PMF) disseram que sentem temor de abordar a questão da violência com as mulheres porque acham que podem colocar a mulher e, conseqüentemente, os seus filhos em risco de serem agredidos novamente pelos parceiros, como resultado do contato estabelecido com os serviços de saúde. Para esses profissionais, é uma preocupação o fato de oferecer algum nível de proteção à integridade da mulher vítima de violência doméstica a fim de evitar que se produzam maiores agravos ao estado físico e emocional da mulher. Na fala a seguir, veremos como em um contexto de poucas possibilidades, a entrevistada mostra sua preocupação para não expor à mulher a piorar sua situação:

“... o máximo que vou fazer é encaminhar para psicologia, para que ele tente sozinha resolver essa situação. Vou fazer o que? Vou ir ao batalhão da policia? Eu, me expor? Não posso. Expor à mulher a levar outra surra? Não posso...”

(enfermeira - RJ)

No depoimento a seguir, uma das entrevistadas expressa sua angústia diante de uma situação grave, na qual uma mulher a procurou para saber que podia fazer.

“... de uma certa forma foi um ganho ter confiado em mim e ter vindo a conversar, mas que eu posso retornar de ajuda para ela? Eu posso tirar da casa dela e botar na minha? Onde é que vou encaminhar? E, se o cara faz uma loucura? De uma certa forma, eu também me sinto responsável desse cara cometer uma loucura, porque eu sabia da situação, não fiz nada, assim de mais concreto, até porque não tenho para fazer, para evitar uma situação maior, de chegar ele, de matar ela, de matar as meninas...”

(médica - PMF)

A preocupação para abordar essa questão torna-se maior porque esses profissionais acham que não existem instituições que respaldem e acreditem na denúncia da mulher. Apesar da referência às delegacias de mulheres como uma alternativa a ser procurada pelas mulheres vítimas de violência, desconfiam da eficácia das intervenções das delegacias. As próprias experiências de encaminhamento, assim como a idéia difundida de que as mulheres têm dificuldades para serem atendidas, aumenta o descrédito dessa instituição. Para esses

profissionais as delegacias de mulheres reproduzem o maltrato. A seguinte fala expressa essa preocupação:

“A mulher já tá levando um problema que para ela não é nada agradável, ainda chega lá, vê as pessoas que ela achava que podia confiar, fazerem ironia com o caso, imagina como é que é para essa pessoa que já está atordoada. Da minha parte eu não vejo nenhuma possibilidade de eu falar: ‘Vai na delegacia de mulheres’. Vai ser muito difícil”.

(médico - PMF)

TEMA 6.6: PAPEL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DIANTE DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO ÂMBITO DOMÉSTICO

TEMA 6. 6.1: PAPEL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Esse tema foi abordado a partir da pergunta seguinte: Na sua opinião, os serviços de saúde têm algum papel perante a violência doméstica contra a mulher? Qual seria?

As respostas dos profissionais do RJ se dividiram em relação a este assunto. Uma das entrevistadas (auxiliar de enfermagem) achava que os serviços não têm nenhum papel, porque era difícil “descobrir dentro de quatro paredes o que acontece com um homem e com uma mulher” assim como saber “o que se passa numa malhação dessas”.

Dois dos entrevistados (médico e enfermeira) disseram que não sabiam qual seria o papel dos serviços de saúde devido às condições atuais de trabalho (baixos salários, insatisfação laboral, demanda de maior produtividade). Um deles explicou que os profissionais se sentem desmotivados para realizar algum tipo de ação “além daquelas que seriam somente a consulta”, e que nessas condições, inclusive, as ações educativas dificilmente podem ser realizadas porque o preparo e execução das mesmas demandam tempo que eles consideram escasso. O outro profissional, após um silêncio, acrescentou que o “máximo” que podia ser feito era conscientizar à mulher, porém, questiona os efeitos que essa abordagem poderia produzir na mulher, quando ela não tem condições de enfrentar a violência. Nos pareceu que esse profissional prefere omitir-se de atuar, porque assume que as mulheres não têm possibilidades de mudar a história de suas vidas.

“dizer para ela que o fato dela apanhar não é normal, ninguém foi feito para viver dessa maneira. Se bem que eu não sei até que ponto vale despertar esse tipo de sentimento na paciente que vai continuar morando naquele lugar e apanhando do mesmo jeito, porque ela não vai ter coragem de sair de casa. Eu não sei se é melhor ela apanhar sem se dar conta da revolta que possa sentir por aquilo ou se submeter”.

(médico - RJ)

Duas profissionais (médicas) disseram que é muito difícil e complicado que os serviços de saúde tenham algum papel diante da violência doméstica porque esses serviços não têm infra-estrutura nem autoridade para atuar nesses casos. No entanto, assinalaram que podiam desenvolver algumas ações de informação mas nos pareceu que elas sentem muito

receio de um maior envolvimento e compromisso porque temem ser alvo de represálias dos maridos e/ou da atitude da mulher que tenta transferir a sua responsabilidade para o profissional de saúde, sem assumir suas próprias decisões, especialmente, em situações graves. O seguinte depoimento expressa essa visão:

“Eu acho que os profissionais podem informar que elas têm o direito de reclamar, que ela não foi feita para apanhar, que ela não é obrigada a aceitar qualquer coisa, eu acho que é em caráter informativo e não também forçar a falar. Porque você tem que ter um cuidado muito grande, porque as vezes as mulheres têm um medo muito grande do marido e elas usam você como escudo, tipo assim, se ele reclamar, você vai reclamar com a doutora”.

(médica - RJ)

Uma das entrevistadas, apesar de referir-se ao fato de que os serviços podem tratar e educar, questiona sobre o que mais o serviço pode fazer diante de um problema como a violência doméstica, que não é identificada como uma doença de “causa orgânica” e com a qual os profissionais de saúde não são preparados para lidar. Assim, colocou que “não é bem uma questão do serviço de saúde” mas que dependia de todos os setores da sociedade a fim de proporcionar bem-estar para a população (educação, emprego, infra-estrutura social).

Duas profissionais (assistente social e médica) responderam que os serviços de saúde deveriam ter algum papel diante da violência, mas que esses serviços não tinham condições para desenvolver ações com uma abordagem que esse problema demanda. Para esses profissionais é necessário uma equipe multidisciplinar (psicólogo, médico, assistente social e enfermeiro) e especializada para atender às mulheres em situações de violência “porque é uma responsabilidade você começar a cutucar, se você não sabe como lidar com essa problemática”. Esses profissionais acham mais apropriado a existência de centros de referência aonde podem ser encaminhadas as mulheres em situações de violência.

Os outros 7 profissionais (2 auxiliares, 2 enfermeiras, 2 psicólogas e 1 assistente social) disseram que os serviços de saúde têm um papel “fundamental” diante desse fenômeno, tentando “minimizar” a dor produzida pela violência, a través de uma série de ações como: abordagem psicológico para o casal (“marcar entrevista e conversar”), atenção integral às mulheres (físico, mental e social), prevenção de problemas mais sérios evitando novas agressões, orientação legal e dos direitos da mulher, encaminhamento para a delegacia especializada e referência a outros serviços quando for necessário. Nos depoimentos a seguir, as entrevistadas mostram suas expectativas quanto à atuação dos serviços de saúde diante de problemas sociais e de saúde muito complexos:

“tentar atender essas pessoas da melhor maneira possível, porque ninguém sai de casa para um lugar simplesmente por nada, ela sai sempre com expectativa de uma resposta”.

(assistente social - RJ)

“Olha, o serviço de saúde deveria conversar com os dois, fazer um trabalho, mas não um trabalho de uma palestra só, é um trabalho de meses, os crentes as vezes não tiram as pessoas do vício? Então, esse é o trabalho que se tem que fazer, orientando, conversando, mostrando as coisas boas para eles, para ver se acaba com essa violência, né?”.

(auxiliar de enfermagem - RJ)

No que diz respeito aos profissionais do PMF, todos disseram que os serviços de saúde têm algum papel diante da violência doméstica. Segundo esses profissionais os serviços devem desenvolver, principalmente, ações de educação em nível individual (na atenção direta às usuárias), nos diferentes grupos formados nos serviços de saúde (grupos de gestantes, de planejamento familiar), e na população em geral, visando sensibilizar as pessoas sobre esse tipo de violência; refletir sobre os direitos de homens e mulheres; questionar a condição da mulher e seu papel na sociedade; promover atitudes de respeito e tolerância na relação conjugal, entre outros. Assim mesmo, consideram que os serviços de saúde devem efetuar o acompanhamento do casal e não somente as mulheres em situações de violência a fim de propiciar mudanças na relação afetiva, contribuindo dessa forma na construção de novas formas de comunicação.

Alguns profissionais se referiram, também, à importância de informar as mulheres acerca dos recursos sociais e legais aos quais podem ter acesso para buscar proteção e enfrentar a violência doméstica. Os seguintes depoimentos ilustram o que os profissionais pensam sobre a questão:

“Educar é uma forma de se mudarem as formas de relações, educar para conhecer os seus direitos e até servir mesmo como um ponto de referência, um ponto de apoio, para que você possa buscar (...) o que acaba faltando muito é informação...”.

(médico - PMF)

“Eu acho que fazer um grupo, orientando, explicando sobre casos, acontecimentos, mostrando vídeos que ajuda bastante à mulher, quando se deparar com uma situação saber encarar. Não só na hora que aconteceu para ir cuidar, não só apoiar, mas sim também preparar a cabeça das mulheres para se deparar com certas situações e saber encarar...”

(auxiliar de enfermagem - PMF)

“A gente tem que arranjar formas de educar, de trabalhar essas questões. Orientar, explicar, conversar, tanto com a mulher como com o homem, com o casal. Se você conversar só com a mulher não muda, ela não tem voz ativa, não vai adiantar. Você tem que falar com o homem também...”

(médico - PMF)

Esses profissionais, de maneira semelhante a visão de alguns dos entrevistados do RJ, consideram a necessidade de uma equipe multidisciplinar (psicólogo, médico, enfermeiro, assistente social, auxiliar) capacitada para responder adequadamente às dimensões envolvidas nesse problema e favorecer uma abordagem intersetorial e coordenada, principalmente, com o poder judiciário. No entanto, assinalaram a importância de garantir o respaldo institucional para organizar e planejar um “trabalho muito bem pensado e muito bem esquematizado”, evitando, assim, a exposição desnecessária de qualquer um dos profissionais que atuaram de alguma forma.

“Eu acho que o papel dos serviços de saúde está acoplado a outros serviços (...) A gente teria que trabalhar com psicologia, mas numa situação dessa, o papel do médico, da enfermeira até do advogado deveria haver. O serviço de saúde sozinho pode fazer o que eu consigo, detecto, tento orientar (...) mas só o serviço de saúde não vai conseguir mesmo, não tem uma ação muito legal, tem que ser uma coisa multidisciplinar, é uma coisa que envolve muitos setores, ter muita gente engajada, ter coisas amarradas mesmo e querer modificar isso daí”

(médica - PMF)

“Eu acho que nós temos que ser um meio de comunicação, um meio de levar algumas informações - o que é um direito (...) Eu acho que a gente tem que ter uma situação neutra, nós não podemos entrar dentro da casa e entrar dentro desse problema (...) Eu acho que eu estaria me expondo numa situação onde eu não teria respaldo, eu não falaria jamais para essa mulher o que você deve fazer. Eu acho que nós não devemos dar as soluções, nós devemos orientar”

(médica - PMF)

TEMA 6.6.2: AS POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA OS PROFISSIONAIS DO RIO DE JANEIRO

Esse tema foi abordado a partir da seguinte pergunta: Que possibilidades de atuação você vê para os serviços de saúde perante a violência doméstica?

No que diz respeito aos profissionais do RJ, a maioria deles assinalou que os serviços de saúde “têm pouco a fazer” e que existem grandes dificuldades para desenvolver ações de identificação e tratamento (3 médicos, 2 auxiliares, 2 enfermeiras e 2 assistentes). E, os 6 restantes (1 enfermeira, 1 auxiliar, 2 psicólogas, 2 médicos) apontaram que é possível que os serviços de saúde atuem diante desse tipo de violência.

De modo geral, as possibilidades de atuação para os serviços de saúde apontadas pelos profissionais estiveram relacionadas a importância de superar algumas das condições atuais desses serviços, considerados como elementos “falhos” que dificultam a implementação de qualquer proposta de intervenção. Esses elementos referidos pelos profissionais dizem respeito à necessidade de formação de equipes multidisciplinares responsáveis do desenho de ações, de apoio terapêutico e de acompanhamento para as mulheres e a família, à disponibilidade de tempo para desenvolver ações educativas, à possibilidade de realizar e coordenar ações intersetoriais assim como à necessidade de assessoria de instituições com experiência na atuação diante desse problema. Nesse sentido, aqueles entrevistados que disseram que os serviços de saúde “têm pouco a fazer” consideram que deve-se a inexistência dos aspectos acima assinalados. Nos seguintes depoimentos observamos as falas dos profissionais sobre esse tema:

“Eu acho que se a gente tivesse condição de fazer um pequeno grupo multiprofissional, é tentar juntar essas mulheres, que a gente pudesse conversar com elas, pelo menos já seria um lugar que tentasse ajudar, orientar um pouquinho. Eu acho que tem que ser um serviço mais voltado para serviço social e psicológico. Porque a gente entra aí para consertar o mau feito, então, é um problema mais geral, mais do sentimento e, na realidade é mais, vamos dizer, de solidariedade”.

(médica - RJ)

“Eu acho que sim, se se fizesse um programa, de profissionais até com gente que se interessa pelo assunto, já existem programas de planejamento familiar, de hipertensão, programas de tantas outras coisas, poderia ter mais um”

(médica - RJ)

Apenas as psicólogas (2) disseram que era possível que os serviços atuassem diante da violência doméstica, com a abordagem que elas vêm desenvolvendo no serviço de saúde, porém, assinalaram que achavam difícil que outros profissionais pudessem efetuar também essas ações.

“Eu acho que o único jeito, é o que a gente tá fazendo, né. O tipo de abordagem nosso, da psicologia, pode ajudar. Ajudar no sentido em que a gente tá falando, que essa mulher veja o direito dela, que ela chegue até lá, até a delegacia, fora da psicologia eu acho muito difícil, porque eles não têm muito tempo para conversar com a paciente”

(psicóloga - RJ)

Um dos sujeitos da pesquisa mostra que ainda em condições em que os serviços de saúde desenvolvem ações de educação -segundo ela, proposta dos serviços-, as possibilidades para atuar diante deste fenômeno têm sérias limitações devido às precárias condições sócio-econômicas das mulheres atendidas: *“Você tem mulher que dorme num cômodo com o marido, com os filhos, com o tio, com o irmão. A nossa proposta é dar subsídios para que a pessoa tenha uma dignidade de vida mas o contexto social não permite”*.

Nas falas a seguir, as entrevistadas (enfermeira e assistente social) colocam como limitações para atuar diante da violência doméstica, a falta de sensibilidade dos médicos frente ao trabalho de outros profissionais -nesse caso de enfermagem- e a falta de formação desses profissionais para abordar esse tipo de violência.

“Eu acho que para você sensibilizar o profissional ele tem que acreditar naquilo que está fazendo (...) Eu acho que é muito difícil você sensibilizar ... é difícil sensibilizar os outros profissionais quanto ao nosso trabalho com nosso grupo de gestantes. Eles ignoram o programa, entendeu? acho que não sou eu como enfermeira que vou fazer o trabalho ...”

(enfermeira - RJ)

Resumindo, nos pareceu que no contexto atual dos serviços de saúde que dizem respeito à sua organização, às ações possíveis de serem desenvolvidas junto à desmotivação do profissional e o contexto sócio-econômico desfavorável das mulheres atendidas nesses serviços, os profissionais do RJ vêem sérias limitações para atuar diante da violência doméstica, à exceção dos profissionais de psicologia que, devido a sua formação profissional, podem estar mais próximas das mulheres em situações de violência, tanto porque elas suspeitaram e/ou identificaram, como porque os outros profissionais encaminharam as mulheres ao setor de psicologia.

TEMA 6.6.3: AS POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA OS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA

No que diz respeito aos profissionais do PMF, suas respostas consideraram duas questões: as possibilidades de atuação do PMF e como eles vêem as possibilidades dos outros serviços de saúde.

Com respeito à primeira questão, a maioria (10) dos profissionais considerou que o PMF tem possibilidades de atuação diante da violência doméstica. Segundo esses profissionais, as possibilidades de atuação estão relacionadas às características do modelo de atenção proposto pelo Programa que lhes permitem conhecer a realidade das famílias e da população em geral. Para eles existe espaço e tempo para conversar e aprofundar as queixas das mulheres; sentem-se próximos da população, criando muitas vezes elos de amizade; conhecem as dinâmicas comunitárias; desenvolvem ações educativas e permanecem a tempo integral (40 horas) nas comunidades. Todas essas características foram destacadas pelos profissionais como elementos que favorecem ou favoreceriam a execução de ações relacionadas com a violência doméstica. Os depoimentos seguintes nos ilustram a visão dos profissionais sobre a questão:

“a gente participa, a gente sofre com os problemas deles, da comunidade, a gente sabe as necessidades deles, então isso influi muito, nós convivemos dia-a-dia com os problemas deles, então quando acontece alguma coisa a gente corre atrás, pra saber o que que houve. ‘Porque que fêz isso? Isso não se faz’. Então, a gente tá ali pra orientar, pra dar um apoio, também pra dar um puxãozinho de orelha quando é necessário”.

(auxiliar de enfermagem - PMF)

“... a gente tem uma aproximação maior, a gente conhece a casa, conhece a família, a estrutura, conhece o que está modificando em termos de melhoria sócio-econômica, de área física e as pessoas sempre vêm aqui, traz o filho, traz a mãe, o marido... de uma certa forma ela consegue uma ligação e isso acaba gerando uma relação de confiança, não vou te dizer que num ano de trabalho aqui as pessoas vão me contar suas coisas, eu já tenho 3 anos e meio e agora é que algumas pessoas já sentem confiança em mim de vir contar...”

(médica - PMF)

Na fala a seguir a entrevistada destaca a importância do trabalho educativo como um processo de longo prazo, porém, indispensável como parte das estratégias de mostrar às mulheres seus direitos.

“Eu acho que tudo passa primeiro pela educação, de você chamar a essa mulher, de conversar, de ouvir, você dizer de uma forma séria, de ensinar o que é direito para elas

(...) você pode tentar trabalhar o papel da mulher, que papel é esse dentro da família, o que é que ela pode ser, o que é que ela quer ser. Eu acho que é um trabalho, como todo trabalho educativo muito devagarinho, você vai encontrar um monte de resistência como em qualquer lugar mas eu acho que é um trabalho que dá para fazer”

(médica - PMF)

Os outros profissionais (5) disseram que as possibilidades de atuação diante da violência doméstica no PMF são limitadas devido à complexidade e ao pouco impacto que qualquer um das ações realizadas possam ter sobre as causas desse tipo de violência. Os entrevistados mostram as dificuldades já existentes para trabalhar problemas de saúde percebidos com maior frequência, e sobre os quais eles consideram-se capacitados tecnicamente para diagnosticar e tratar (doenças infecto-parasitárias, hipertensão). Nesse contexto, eles vêm mais difícil, ainda, as possibilidades de atuação dos serviços de saúde perante a violência doméstica, considerada com um problema de saúde que não tem causa orgânica e cujas redes de causalidade assim como as implicações na vida familiar aparece distante de qualquer intervenção de saúde pública.

“A gente passa tantas dificuldades para trabalhar essas questões básicas mesmo, de tratar verminoses, tratar hipertensão, sabe, coisas assim... básicas. Questões que são amplas, que são complexas, eu acho isso muito difícil...”

(médico - PMF)

“Eu acho que é limitado em todos os procedimentos onde não tem uma causa, por exemplo, diferente de uma pneumonia, você vai tratar. Mas nessas situações em que você não alcança um resultado porque são doenças sociais, alcoolismo (...) as violências de uma forma geral, inclusive a violência urbana, a violência contra a criança, eu acho que são situações em que o profissional de saúde não pode pensar que ele pode ...”

(médica - PMF)

Entretanto, esses entrevistados reconhecem que ainda num contexto complexo e de limitações podem desenvolver algumas ações como escutar e expressar solidariedade no sentido de acompanhamento. As falas a seguir nos mostram essas possibilidades:

“Eu posso ajudar, entendeu? Como? mostrando para as pessoas que eles tem lugar para onde ir, sabe? Que elas podem falar comigo, que elas podem estar aqui, que a gente está aqui para ajudar, se machucar tá aqui, as pessoas têm que saber que isso existe, que não precisa ter vergonha de mim, que não precisa ter porque eu nunca recrimino, sabe?”

(médica - PMF)

Dois profissionais explicaram essas dificuldades porque segundo eles para o PMF - entendemos que para a gerência- “não é interessante” trabalhar a questão da violência. Veremos no depoimento seguinte essa opinião:

“não é que não seja importante para mim, não é importante aos olhos deles, entendeu? Então, o importante é saber quantos casos de meningite, se a tríplice viral já está sendo feita, preventivo ginecológico, isso é excelente. Mas grupo pra gente poder discutir essa violência não é interessante aos escalões mais altos. É difícil por causa disso”.

(médica - PMF)

No que diz respeito à segunda questão -possibilidades dos outros serviços de saúde-, a maioria dos profissionais disse que se já era difícil para o PMF, os outros serviços de saúde apresentam ainda, maiores limitações para desenvolver ações diante da violência doméstica. As razões apontadas fundamentalmente foram: a falta de tempo; a falta de apoio institucional; não há interesse para abordar essa problemática; não há compromisso com a comunidade, não conhecem às pessoas, a prioridade é o atendimento assistencial e não se busca as verdadeiras causas que geram os problemas de saúde.

“Em outros lugares não é possível [porque?] tempo. Eu por exemplo para fazer uma conversa eu demoro o tempo que estou com você [60 minutos]. Eu não sou profissional especializado, talvez por isso demoro mais. Mas sabe, deixo a pessoa falar a vontade, o que está acontecendo, demora isso. A gente não tem profissionais suficientes para fazer esse tipo de coisa”.

(médica - PMF)

“Eu acho que serviços de saúde em geral ainda é pior. Aqui no Programa a gente ainda tem um apoio, tem o serviço social que tá aqui discutindo esses problemas, pessoas que se interessam ainda por esse tipo de trabalho. E no resto do SUS, isso nem é discutido, você nem conversa sobre isso...”.

(médico - PMF)

“Eu acho que aqui a gente tá mais ligado à população, a gente sabe mais do dia-a-dia da população, coisas que, por exemplo, outros postos parecidos com esse não sabem, porque a gente vai às casas, eles já não vão. Então, eu acho que a gente tem um domínio maior da população, as pessoas vão ali, se consultam e não falam sequer do que está se passando, reclamam que tão com uma dor no braço e pronto, a dor no braço é tratada mas a causa

da dor não é, vamos dizer que ela está com dor no braço porque o marido deu um soco nela, ela não vai expor aquilo ali para ele, até mesmo porque é um profissional que ela tá vendo pela primeira vez e de repente nem vai ver mais. Já a gente aqui não, ela já tem um elo de amizade, já vê a gente com outros olhos, até mesmo porque as auxiliares são da comunidade”.

(médico - PMF)

Poucos profissionais (4) consideraram que os outros serviços têm possibilidades de atuação diante da violência doméstica. Segundo a visão desses profissionais, os serviços de saúde não podem continuar atendendo da forma tradicional que desenvolvem suas atividades, priorizando o modelo bio-médico, mas que devem começar a responder às demandas dos usuários, aproximando-se através do conhecimento de sua realidade e buscar respostas conjuntas a fim de abordar integralmente os problemas de saúde das mulheres.

“eu acho que a tendência desse modelo do programa é se ampliar (...) eu acho que a tendência é o profissional de saúde estar mais engajado e mais próximo da realidade da sua comunidade. Eu acho que não tem como você fazer hoje em dia ações curativas sem considerar todas essas realidades do cotidiano do usuário que você atende”.

(assistente social -PMF)

“eu acho que esse atendimento mais próximo ao usuário ele favorece qualquer assunto relativo à atenção primária. Agora os serviços que ainda estão naquele outro trabalho, tradicional, eles também podem fazer esse trabalho de atenção primária. Isso significa que está desconhecendo essas questões, se é difícil para a mulher chegar a um profissional que está o lado dela, é muito mais difícil chegar pra um profissional que trabalha no posto, mas isso não significa que o trabalho desse posto deva estar totalmente alheio a essas questões, isso deveria ser trabalho de todas as unidades...”

(enfermeira - PMF)

TEMA 6.7: AS POSSIBILIDADES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA DESENVOLVER AÇÕES DE PREVENÇÃO

À pergunta de: É possível que os serviços de saúde possam desenvolver alguma ação de prevenção?, a totalidade dos profissionais entrevistados -à exceção de um- assinalou que os serviços de saúde podem desenvolver ações de prevenção da violência contra a mulher no âmbito doméstico. Esse único entrevistado indicou que os serviços de saúde podiam apenas oferecer “assistência moral” através de orientações do serviço social ou da atenção psicológica às mulheres em situações de violência. Nos pareceu na fala desse profissional que

essas ações são limitadas, inclusive, porque os serviços de saúde não têm condições para oferecer alternativas mais concretas para essas mulheres nos casos em que elas decidem sair de seus domicílios:

“‘você quer sair de casa?’, ‘você quer separar do seu marido?’ então, você vai ter que fazer isso, dar esse tipo de orientação. O médico poderia atendê-la, o psicólogo poderia conversar com ela, servir para desabafar. Agora ... de outra maneira eu não sei. Dar o quê? dar um lugar para morar? Não existe isso. Não teria condição. Na minha cabeça só vem isso”.

(médico - RJ)

As ações de prevenção apontados pelos profissionais como possíveis de serem desenvolvidas nos serviços de saúde são fundamentalmente de educação e orientação tanto individual, como nos grupos de mulheres que são implementados nas unidades de saúde, através de uma aproximação maior às mulheres, de conversar com elas e de realizar palestras e reuniões periódicas com esses grupos. Alguns dos profissionais chamaram a atenção da importância de desenvolver as atividades educativas, incluindo os homens e a população em geral.

Os profissionais referiram diversos aspectos que devem ser abordados nesse trabalho educativo, como parte da conscientização dos direitos das mulheres: a identidade feminina; o papel da mulher na sociedade; os direitos de homens e mulheres na família e na sociedade; como reconhecer a violência doméstica e suas conseqüências na saúde; o questionamento da violência doméstica como um elemento “normal” no relacionamento conjugal e orientações sobre os recursos legais e sociais disponíveis para as mulheres em situações de violência.

Como vemos, os profissionais apontaram questões importantes e chaves do trabalho educativo que são possíveis de serem desenvolvidas pelos serviços de saúde. Alguns deles apontaram que esse tipo de abordagem já vem acontecendo nas suas práticas cotidianas. Os depoimentos a seguir ilustram como os profissionais vêem essa questão:

“Olha! fazendo palestras, orientações, que possam orientar a buscar recursos, isso de uma certa forma a gente faz, desde o momento que você diz para a mulher, que se ela convive com alguém, que ela tem direitos, sabe? eu acho que já é uma forma de prevenir, né? Eu acho que nunca é demais, eu acho que pode ser mais abrangente, criarvamos dizer, cursos, orientações específicas de pessoas que atendam mais esses casos”.

(assistente social - RJ)

“o que nós estamos fazendo nos postos de saúde já é mais ou menos uma prevenção a isso, quando têm grupos da mulher, essas coisas são discutidas, são esclarecidas, como elas devem se comportar, quais são seus direitos, o papel delas na sociedade. Eu acho que isso nos postos de saúde houve, já estão dentro dos programas tentando alcançar isso há muito tempo”.

(psicóloga - RJ)

“o profissional de saúde é super respeitado, porque ele está mais perto, primeiro dizer que ela não precisa aturar aquilo, segundo é a questão do direito, sabe? (...), botar isso na cabeça das pessoas que elas têm direito (...) Porque dizer que elas têm direitos a alguma coisa, é você chegar e dizer, ‘cara! eu tenho mesmo?’”

(médica - PMF)

A metade dos profissionais, além de considerar que os serviços de saúde podem desenvolver ações educativas, chamaram a atenção sobre os aspectos seguintes: a) em primeiro lugar, a importância de uma abordagem multidisciplinar tanto no trabalho educativo como na atuação diante de casos de violência doméstica. Essa questão foi apontada principalmente pelos profissionais médicos, de enfermagem e auxiliares que sentem a necessidade de um trabalho conjunto com o serviço social e de psicologia assim como de formação e capacitação profissional para atuar diante desse problema (“reciclagem”, “investir no profissional”, “curso de especialização”); b) em segundo lugar, a necessidade de um respaldo institucional para os profissionais que devem encaminhar às mulheres a outros serviços, principalmente, as delegacias de mulheres. Nesse sentido, os profissionais consideram que a atuação dos serviços de saúde deve estar organizado e articulado junto a outras instituições, principalmente, àquelas com experiência diante da violência familiar (por exemplo, ABRAPIA), a fim de garantir a segurança da mulher e oferecer respostas conjuntas e mais efetivas; c) em terceiro lugar, a necessidade de mobilizar amplos setores da sociedade, fundamentalmente, ao setor educação e aos meios de comunicação, visando introduzir nos conteúdos de ensino básico, reflexões sobre os papéis de homens e mulheres na sociedade e a realização de ações de prevenção da violência doméstica, através de campanhas de valorização da mulher e de alerta sobre esse problema a fim de buscar respostas conjuntas da sociedade e, incluindo o setor saúde. Os depoimentos a seguir, ilustram esses aspectos:

“Falta gente capacitada para isso, pessoas voltadas para isso, de passar pros outros profissionais. Eu acho que tinha que ter um grupo de médicos, psicólogos, assistentes de serviço social, todo mundo voltado para isso e começar a trabalhar em cima disso”

(médico - PMF)

“garantir a ela um lugar onde possa ir em caso dela correr um risco, e que ele não vai pegá-la, depois que ela vai à delegacia. Então, tem que haver um respaldo, não adianta bolar uma coisa se não existe um respaldo. Então a gente fica impotente, se a gente não vai poder garantir a segurança dela, não vai poder garantir que ela vai ser bem atendida na delegacia ou no Instituto Médico Legal onde ela foi. Então tudo já tinha que estar preparado. Eu não posso começar a divulgar, por exemplo, que venha a fazer preventivo tudo mundo se eu não tenho condição de fazer preventivo para tudo mundo (...)”

(médica - RJ)

“é necessário ter um serviço a quem referenciar, ter um grupo sério, um serviço sério, saber que se você encaminha essa pessoa vai estar realmente respaldada. Se você começar a mexer, trabalhar com prevenção e aí de repente muitas mulheres vão se tocar que elas mesmas são vítimas de um determinado tipo de violência, até de repente aumentar uma demanda, você tem que ter para quem encaminhar. Eu acho que tem que trabalhar tudo junto”.

(médica - PMF)

“Eu acho que tem que ser integrado com esses órgãos que fazem atendimento específico as questões de violência [quais?] a própria delegacia de mulheres, a própria ABRAPIA, instituições que fazem esse tipo de trabalho, mais específico, então eu acho que tem que vir a dizer o que ele faz, o que é para ele violência, como você pode caracterizar o que é uma violência, que medidas você vai fazer para dar atendimento? qual é teu compromisso com relação a isso? Eu acho que tem toda a questão ética em cima disso, eu acho que o próprio desconhecimento, eu vejo muito isso”.

(assistente social - RJ)

“eu acho que é uma questão de educação, tem que começar desde o início, desde a escola. Eu acho que o serviço de saúde pode informar, mas eu acho que a escola tem que ir .. você tá entendendo? mas eu acho que uma prevenção mesmo, maciça teria que ser desde a infância para que esse adolescente quando comece sua vida amorosa, sexual tenha consciência do que é o relacionamento homem-mulher...”.

(médica - RJ)

Pelos relatos de nossos entrevistados, as ações de prevenção possíveis de serem desenvolvidas pelos serviços de saúde, a partir do trabalho educativo com os conteúdos assinalados pelos próprios profissionais, a nosso entender têm um ênfase na prevenção primária da violência doméstica, quer dizer, o trabalho educativo está direcionado para o conjunto de mulheres -incluindo àquelas vítimas de violência -a fim de educar, orientar e conscientizar sobre os direitos da mulher. Nos pareceu que não há uma referência direta à

prevenção secundária, quer dizer, como evitar que as mulheres vítimas de violência atendidas nos serviços de saúde sejam re-vitimizadas pelos parceiros ou permaneçam em situações de violência.

Na nossa interpretação, os profissionais de saúde vêem melhores possibilidades para desenvolver ações educativas de prevenção primária, ou seja, um trabalho educativo para promover mudanças nos papéis de gênero do que ações que dizem respeito à prevenção secundária da violência contra a mulher no âmbito doméstico, que significa a atuação direta dos profissionais com as mulheres em situações de violência. Atuação que se percebe como muito complexa e com poucas possibilidades de intervenção efetiva capaz de modificar as relações afetivas/conjugais, porque “o serviço já vê um homem ou uma mulher com a cabeça já feita”. As falas que se seguem ilustram nossa interpretação:

“... para você trabalhar prevenção não precisa saber o que está acontecendo ou não. Você vai trabalhar como um todo né? você vai trabalhar, por exemplo, prevenção de câncer, você não vai trabalhar somente com aquelas pessoas que são predispostas, vai espalhar por tudo. Eu acho que no caso da prevenção da violência tem que ser da mesma maneira...”

(médica - PMF)

“quando um caso de violência tá nas suas mãos, a violência já se concretizou, já se consumou, a mulher sofreu ou está sofrendo, aí que eu acho que fica mais difícil para você lidar com aquele caso, encaminhar, ajudar realmente aquela mulher, intervir”.

(enfermeira - PMF)

TEMA 6.8: CONSEQÜÊNCIAS DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO ÂMBITO DOMÉSTICO PARA A SAÚDE

Para abordar esse aspecto realizamos a pergunta seguinte: Você considera que a violência contra a mulher chega a ser um problema tanto para a saúde da mulher como para a saúde reprodutiva? Por que?

Todos os profissionais entrevistados consideraram que a violência contra a mulher provoca graves conseqüências na saúde física, sexual/reprodutiva e psicológica das mulheres em situação de violência e que pode trazer sérias repercussões para a saúde dos filhos.

As conseqüências para a saúde física apontadas além das lesões físicas propriamente, são a hipertensão e a gastrite.

As conseqüências para a saúde sexual e reprodutiva que freqüentemente apontaram são: abortos (“a quantidade de abortos que a gente vê por violência”), gravidez não desejada, dificuldades para utilizar métodos contraceptivos, aumento do risco da transmissão de DST e AIDS, infecções ginecológicas recorrentes (“a nível ginecológico a mulher tá sempre sendo violentada”), dor pélvica crônica, dor nas relações sexuais, frigidez (“se queixam muito que não têm libido”), dismenorréia, entre outros. Alguns apontaram que a gravidez pode constituir-se em uma situação de risco aumentando as possibilidades da mulher ser vitimada (“têm homens que ficam piores até durante a gravidez”).

“têm muitas mulheres com doenças venéreas, por exemplo, o outro dia apareceu uma mulher com um problema seríssimo, eu falei assim ‘olha, você precisa se cuidar e o seu esposo também’, ‘o que? ele é muito violento, não posso falar, como vou falar?’, ‘então, minha filha se você não falar vai voltar tudo novamente, você nunca vai melhorar’”.

(auxiliar de enfermagem - RJ)

“Olha só! têm muitas mulheres que chegam aqui, que têm dificuldades para fazer planejamento, o marido não quer que use DIU, não quer que use camisinha, não aceita”

(auxiliar de enfermagem - RJ)

“a mulher fica desestimulada, se a mulher tá sempre ali, sofrem de violência não só física como verbal, ela não quer nada, faz tudo por obrigação, engravida quando não tá querendo...”

(auxiliar de enfermagem - PMF)

Uma das profissionais considerou como formas de violência contra a mulher: o alto número de cesáreas, o fato da ligadura de trompas ser realizado sem o consentimento das mulheres somente “porque o marido pediu” e a não utilização de camisinha por parte dos homens.

As conseqüências para a saúde mental são: nervosismo, ansiedade, estresse, angústia, depressão, tentativas de suicídio, falta de cuidado pessoal e negligência na procura de serviços médicos. Também mencionaram que a violência doméstica afeta a autoestima da mulher e o seu desempenho e desenvolvimento na sociedade.

“no momento que ela começa a apanhar, começa a se sentir alijada nesse relacionamento, claro que isso tem que ter comprometimentos psíquicos, quando começa a não se interessar pela vida, começa a fazer doença, a AIDS, hipertensão...”

(assistente social - RJ)

“É só imaginar uma situação dessas (...) não tem saúde mental que sobreviva a uma coisa dessas. Depois da mental arrebatada vem a física ou até antes, se for uma coisa com violência física. Uma pessoa que é vítima constante de violência ela não vai ter condição de resolver com tranquilidade alguma coisa, ela está mal, os filhos passam a ficar mal...”

(médica - PMF)

“a mulher quando é violentada pode ter medo de procurar médico, ela pode não se sentir a vontade procurar, têm mulheres que perdem até vontade de viver, já elas acham que aquilo não têm jeito mesmo, que a vida dela é aquilo ali, pronto e acabou”.

(auxiliar de enfermagem - PMF)

Como vemos, os profissionais de saúde percebem a violência contra a mulher no âmbito doméstico como um problema que afeta a saúde da mulher de forma integral e ainda com sérias repercussões no seu desenvolvimento social que dificultam os processos de tomada de decisões das mulheres em situações de violência.

CAPÍTULO VII

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso objetivo fundamental neste trabalho é apontar aspectos relevantes das representações dos profissionais de saúde sobre a violência de gênero no âmbito doméstico e de que forma essas representações influenciam o papel dos serviços públicos de saúde diante deste fenômeno. Retomamos aqui, o referencial teórico da pesquisa, especialmente a discussão sobre a violência de gênero, as representações (ideologias) de gênero e o papel dos serviços de saúde neste tipo específico de violência.

Entendemos que a violência de gênero insere-se no campo mais amplo da violência estrutural. Por essa razão, optamos por analisar esse aspecto junto aos sujeitos desta pesquisa. No Brasil, é somente no final da década de 80, que a violência social encontra espaço na agenda da Saúde Pública, devido ao persistente crescimento do número de mortes e traumas que provoca na sociedade.

As “causas externas”, denominação com a qual se expressa a violência social, alcançaram o percentual de incremento de 15%, constituindo-se a segunda causa de morte por todas as idades a partir de 1989 no país. Esse quadro basicamente se dá devido ao número crescente de acidentes de trânsito e homicídios. Assim, a violência social surge como problema de saúde tanto pela magnitude como pelo processo de deterioração das condições de vida da população.

Essa realidade é percebida pelos sujeitos desta pesquisa como um problema grave e complexo que afeta a sociedade e cuja proporção vem aumentando continuamente. Melhorar a qualidade de vida da população, fundamentalmente, garantindo o acesso à educação e ao trabalho foram assinaladas pelos profissionais como responsabilidades básicas do Estado e como condições importantes para enfrentar a violência estrutural.

Violência estrutural, que os profissionais do PMF vêem principalmente relacionada com o fenômeno do tráfico de drogas (violência do tráfico) que afeta profundamente não apenas o cotidiano e as dinâmicas das comunidades onde trabalham, mas as condições de saúde desta população e que provoca a morte, produto dos conflitos entre grupos do tráfico e a polícia. “Violência do tráfico” que nos últimos anos a população em geral passou a perceber como uma questão de segurança e sobre a qual é difícil não falar, ainda mais, quando permanentemente são notícias veiculadas pelos meios de comunicação.

Essa preocupação se expressa também com respeito à violência contra a mulher e contra a criança no âmbito doméstico, que são vistas como uma realidade frequente na sociedade.

No que diz respeito à violência contra a mulher no âmbito doméstico -objeto de nossa dissertação-, é um problema recentemente colocado na agenda da saúde pública, apesar dos serviços de saúde confrontarem-se permanentemente com essa realidade, quando as mulheres em situações de violência procuram atendimento pelas conseqüências diretas das agressões, assim como pelas conseqüências indiretas da violência que provocam sérios agravos a saúde.

Atualmente, aponta-se a importância de que os serviços de saúde possam desenvolver ações que não somente reparem o dano físico produzido, como também que as intervenções sejam mais integrais a fim de que se reconheça que a violência de gênero precisa de uma abordagem mais ampla, possibilitando com que as mulheres enfrentem e superem essa realidade. Entretanto, ao nosso ver, qualquer proposta que pretenda ser encaminhada através dos serviços de saúde, deve considerar o que os seus profissionais de saúde pensam sobre esse problema. Aspecto sobre o qual nos debruçamos nessa dissertação.

Falar da violência de gênero nos faz remexer questões que dizem respeito aos papéis sexuais e de gênero; à relação homem-mulher; à hierarquia de poder; à família como espaço privado onde se estabelecem normas, valores e atitudes, assim como espaço que regula a afetividade, a sexualidade e a vida individual; à educação diferenciada; às condições sócio-econômicas das mulheres; à situação social de domínio e privilégio do homem sobre a mulher nos aspectos econômicos e culturais; aos mitos de superioridade do homem e inferioridade da mulher, baseados numa visão dualista e no direito do homem dominar a mulher como um aspecto essencial do ser masculino.

Os sujeitos desta pesquisa revelaram que o tema da violência de gênero não pode estar desligada da discussão dos aspectos acima assinalados. Segundo a visão dos profissionais entrevistados, a violência contra a mulher é um problema histórico e enraizado na sociedade baseada em um sistema que aceita a superioridade do homem; a subordinação da mulher; a dominação e o poder do homem sobre as decisões e a vida da mulher. Esse problema se agrava pelas condições sociais, culturais e de dependência econômica das mulheres que dificultam a realização pessoal das mesmas.

Nesse sentido, nos discursos dos profissionais observa-se uma ênfase na importância da independência econômica das mulheres como um elemento possível de transformações na relação homem-mulher, a fim de que elas consigam posições de igualdade e liberdade perante o homem. Posições que lhes permitam construir novas formas de parceria para enfrentar e

superar as situações de violência. A educação e o acesso a serviços sociais são apontadas como questões fundamentais para fortalecer sua autoestima e possibilitar uma participação integral na sociedade.

A família para os sujeitos deste estudo tem um papel importante como espaço de “socialização da violência”. Nesse espaço reproduzem-se os papéis de gênero e as relações hierárquicas de gênero “através de normas, valores, pautas de criação e mitos” (Uribe e Sánchez, 1983:33). Por outro lado, se reconhece que a família é “um terreno privilegiado para o aprendizado de normas, valores e técnicas de violência” (Prado e Oliveira in Giffin, 1994: 150).

Os profissionais chamaram a atenção sobre as mudanças na relação homem-mulher, a partir da participação feminina na força de trabalho. Ainda que essas mudanças não tenham sido radicais, a entrada das mulheres no mundo público lhes permitiu melhorar suas condições de autonomia e redefinir os papéis de gênero no âmbito doméstico. A dependência econômica junto à subordinação da mulher apareceram como fatores inter-relacionados que se condicionam um ao outro. Daí, que nos discursos dos profissionais a independência econômica é vista como um aspecto que contribui para a superação das condições de opressão da mulher.

Por outro lado, esses discursos mostram as tensões e dificuldades na redefinição dos papéis de gênero porque a independência da mulher, não somente a econômica mas também a psicológica, pode ameaçar a identidade masculina e o poder no interior da família.

A independência econômica, apontada pelos sujeitos desta pesquisa como um elemento fundamental para que as mulheres mudem suas condições de reivindicação de seus direitos, é um achado importante porque se reconhece que a desigualdade econômica entre homens e mulheres constitui uma das fortes variáveis preditivas da prevalência da violência contra a mulher (Levinson in Heise et al., 1994; ISIS INTERNACIONAL, 1996)

No que diz respeito à suspeita e à identificação dos profissionais da violência de gênero, apesar de estarem colocadas detalhadamente nos resultados nos parece importante destacar algumas questões. Em primeiro lugar, o fato de que 73% (22) dos sujeitos desta pesquisa identificaram esse tipo específico de violência. Esse achado pode ser de relevância, fundamentalmente porque existem poucas pesquisas nos serviços de atenção primária que demonstram que os profissionais identificam a violência contra a mulher no âmbito doméstico, e porque esses serviços atualmente estão sendo apontados como espaços privilegiados para abordar esse problema (Sugg & Inui, 1992). Em segundo lugar, o fato de que dos profissionais que identificaram, 14 deles pertencem ao PMF, ou seja, quase a

totalidade do PMF identificou mulheres em situações de violência. Isto constitui uma primeira diferença com respeito aos profissionais de saúde do RJ. Em terceiro lugar, dos profissionais que identificaram (22), 12 suspeitaram de casos de mulheres em situações de violência, em alguma circunstância de sua prática, sendo que 8 deles pertencem ao PMF. Isto representa a segunda diferença.

É interessante destacar que em ambos modelos de atenção, suspeitaram da violência doméstica pela presença de lesões físicas visíveis, assim como por problemas relacionados com a violência sexual. Entretanto, no PMF também suspeitaram por problemas relacionados com a violência psicológica e por queixas inespecíficas.

Cabe então, duas perguntas: será que podemos esperar que frente a esta diversidade de sintomas, os profissionais de saúde -especialmente os médicos- devam considerar a violência doméstica entre as “doenças” de um diagnóstico diferencial? Será que eles deviam estar pensando em violência doméstica para cada depressão ou dor que a paciente relata? Diversos estudiosos apontam que as mulheres em situações de violência, freqüentemente, procuram os serviços de saúde pela persistência de queixas inespecíficas (“mulheres poliqueixosas”), ansiedade, depressão, hipertensão, várias manifestações de dor. Por outro lado, essas pesquisas têm mostrado que esse tipo de queixas são apenas a superfície do problema, são os sinais que podem iluminar o caminho ou os caminhos para identificar o que está atrás de tudo aquilo expressado em forma de “doenças” pelas mulheres. A demora na identificação da violência doméstica tende a piorar as condições da mulher (Council on Ethical and Judicial Affairs, 1992). Nesse sentido, a experiência dos profissionais do PMF, demonstra que pode ser possível que os profissionais de outros serviços de saúde possam aproximar-se dessa realidade.

Essas diferenças apontam que um modelo de atuação mais integral, tal como proposto pelo PMF, pode influenciar positivamente para suspeitar e identificar a violência de gênero no âmbito doméstico. Segundo os profissionais do PMF, as próprias características do Programa lhes possibilitaram essa abordagem: atendem a uma determinada quantidade de famílias, permitindo estabelecer relações mais próximas e estreitas com os moradores das comunidades nas quais desenvolvem suas atividades. Essa característica, como um dos entrevistados assinalou, é a “grande vantagem de trabalhar numa comunidade fechada”.

No que diz respeito à atuação dos profissionais, nos casos em que identificaram mulheres em situações de violência, como já fora apontado no tema 6.4.3, a abordagem foi diferenciada em ambos modelos de atenção. Os profissionais do RJ, à exceção das duas psicólogas e de uma das assistentes sociais, optaram por tratar os problemas de saúde físicos e

mentais relacionados com a violência sem discutir nem aprofundar a questão propriamente da violência doméstica. No entanto, os profissionais do PMF consideraram não apenas o tratamento das conseqüências da violência como também orientaram e aconselharam sobre esse problema, a fim de mostrar às mulheres as possibilidades para enfrentar a violência.

Simultaneamente ao fato de que a maioria identificou a violência de gênero, constatou-se que na opinião dos sujeitos do estudo, esses casos de mulheres em situações de violência não representam uma demanda significativa para os serviços de saúde, visto que quando perguntados sobre a freqüência com que eles suspeitaram da violência contra a mulher no âmbito doméstico, disseram que foi muito raro. Ao delinear o contexto do problema, revisamos diversos estudos nacionais e internacionais que permitem afirmar que o problema da violência de gênero tem uma prevalência significativa na sociedade -situação que é reconhecida pelos sujeitos desta pesquisa- e que muitas das mulheres em situações de violência procuram os serviços pelas conseqüências sobre sua saúde (mesmo que não o façam como uma “queixa” explícita da violência). Assumindo que isso é válido nos serviços pesquisados, cabe então supor que os profissionais de saúde que participaram deste estudo têm dificuldades para identificar um significativo número de casos de violência doméstica. As dificuldades para identificar e atuar diante desse problema foram abordadas no tema 6.5. Entretanto, queremos destacar aqui as mais importantes.

Nos depoimentos sobre as dificuldades, uma idéia central que se passa é que as mulheres não falam sobre a violência. Entretanto, esse fato deve contrastar com a constatação de que a maioria dos entrevistados disse que identificaram as mulheres em situações de violência, principalmente, porque foram elas que relataram suas experiências de maltrato. Quando se observa o conjunto de depoimentos, fica claro que, em geral, se considera que as mulheres “silenciam” o problema. Porém, também é certo que em alguns tipos de relação com o profissional elas conseguiram romper seu mutismo.

A nossa questão, então, deu lugar a outra: O que pode se desvendar olhando para os depoimentos sobre estas mulheres que quebram o silêncio? Esse aspecto é de interesse ainda maior se se considera que a literatura aponta diversas pesquisas nas quais, utilizando técnicas simples, foram obtidas maiores informações por parte das vítimas e desse modo conseguiram-se taxas significativas de identificação da violência doméstica (Flitcraft, 1993).

Esse problema das representações sobre a dinâmica “silêncio - fala” levou-nos a procurar no discurso elementos que favoreceriam essa “ruptura do silêncio”. Levando em consideração a importância atribuída à relação profissional de saúde-usuária para o sucesso das intervenções de saúde, tanto a nível da atenção individual, quanto das ações de

programas, procuramos consolidar as falas a respeito da influência desta relação sobre o “mutismo” das mulheres em situações de violência. E, aqui, apresentou-se uma diferença entre os profissionais entrevistados de ambos modelos de atenção. Embora os entrevistados do Programa Médico de Família também reconhecessem uma série de dificuldades para identificar e atuar, eles assinalaram vários elementos que, segundo eles, lhes facilitavam conhecer e entrar em contato com mulheres vítimas de violência doméstica: a relação estabelecida entre o profissional de saúde e a usuária, que se constrói fundamentalmente baseada na “confiança”, na “sensibilidade” e na “persistência” do profissional, na “proximidade com a comunidade” (com as famílias), que possibilita um contato mais íntimo; o tempo na consulta e o desenvolvimento de uma boa comunicação. A aproximação ao problema é denotada como um trabalho a longo prazo, que precisa de vários encontros e que pode levar inclusive vários meses.

Por outro lado, é importante ressaltar que, segundo os profissionais, as mulheres não falam da violência doméstica por medo e vergonha. Esse aspecto coincide com os resultados de diversas pesquisas com mulheres em situações de violência que assinalaram, entre outros motivos, que o medo e a vergonha são fatores que as inibem de falar sobre a violência. Porém, esses estudiosos explicam essa realidade pelo fato das mulheres viverem anos em situações de violência, afetando severamente sua autoestima e sua confiança, diminuindo suas capacidades de reagir, de buscar emprego, de participar plenamente na sociedade; buscam menos apoio porque acham que não serão escutadas, nem acreditarão nas suas demandas; sentem que não têm opções e por último, frente às poucas possibilidades, torna-se mais difícil qualquer iniciativa pessoal para enfrentar a violência. Esses estudiosos, chamam a atenção sobre o fato de que a violência de gênero é um problema que tende a diversificar-se e a piorar através do tempo, tornando-se mais intensa e freqüente, se não houver uma intervenção apropriada para tentar deter essa escalada de fatos (Cuadernos Mujer Salud/1, 1996; Heise et al., 1994; Ferreira, 1991; Carillo, 1991; Stark et al., 1979).

Assim, se os profissionais de saúde assinalaram esses aspectos -medo e vergonha- como elementos que dificultam “romper o silêncio” das mulheres, deve-se lembrar que essas atitudes constituem parte do problema e que é necessário oferecer alternativas que possam contribuir para diminuir o sofrimento de muitas mulheres que procuram os serviços de saúde. Como aponta, Ferreira, “no se trata de endurecerse y tomar distancia, sino de acompañar las vicisitudes con afecto y lucidez (...) Volverse inmune al dolor del otro es peligroso; es favorecer la represión emocional” (Ferreira, 1991:102, 103). Nesse sentido, algumas alternativas dos próprios profissionais, especialmente do PMF, têm demonstrado sua

viabilidade, as que devem ser valorizadas, como por exemplo, a escuta respeitosa e solidária, acreditar na fala das mulheres sem expressar críticas nem atitudes que possam ser entendidas como culpa ou desprezo por elas. Essas atitudes podem levar a transformar a vida das mulheres em situações de violência.

É necessário destacar que a representação da violência de gênero como um problema privado, cuja alusão na consulta causa incômodo, **não é incorporada “tranqüilamente” ou “comodamente”** pelos profissionais. Ao analisarmos, em relação a outras áreas do discurso principalmente, a percepção de um problema complexo e delicado que ao ser abordado se desdobra em outras questões, os profissionais sentem que têm dificuldades para lidar com esse problema. Essa atitude fazia-nos lembrar da expressão “a violência é como uma ‘caixa de Pandora’” que Sugg e Inui usam para retratar a imagem que os sujeitos de sua pesquisa tinham do problema, enquanto fenômeno que ao desvendá-lo pode “fugir do seu controle” (Sugg e Inui, 1992) e que é muito difícil de ser apreendido nos limites do paradigma bio-médico (Stark et al., 1979).

Porém, não se pode inferir sobre o caráter de problema privado, assim como do cuidado ao se aproximar da intervenção em casos de violência doméstica que os “profissionais acabam sendo omissos”, uma vez que **esta visão coexiste com a permanente dúvida sobre sua atuação** e está sempre referenciada à capacidade real que eles têm para mudar a situação dessas mulheres. Ou seja, mesmo considerando que é um problema “de marido e mulher” e diante de suas limitações de intervenção efetiva, os profissionais continuam se questionando se deveriam ou não intervir nesses casos e, por outro lado, perguntam-se **para que identificar? o que posso oferecer como profissional?** Essas não somente são questões apropriadas e válidas nesse contexto, como também nos discursos sobre as práticas dos profissionais percebe-se o grande peso que esses elementos -intervir ou não, para que e o que fazer- têm para definir sua atuação diante desse fenômeno.

Essas limitações, agravam-se dependendo da visão dos profissionais sobre as condições das mulheres. Se para os profissionais de saúde, a mulher vítima de violência depende economicamente do parceiro, ela não pode criar condições que lhe permitam enfrentar a violência e, em último caso, ela não quer sair dessa situação, os profissionais limitam ainda mais o seu próprio papel no que diz respeito a esse problema, porque acham que têm pouca influência para mudar as condições de vida e decisões dessas mulheres. No entanto, quando os profissionais avaliam que embora a mulher seja vítima de violência, mas ela já tomou a decisão de “sair” desse contexto, a atuação do profissional tem a tendência de mudar, orientando e aconselhando sobre diferentes alternativas e recursos sociais (incluindo

delegacias), que as mulheres podem procurar a fim de encontrar apoio e reafirmar a sua posição de enfrentar as situações de violência.

Como já fora assinalado, os profissionais do RJ percebem que as possibilidades de atuação dos serviços diante da violência de gênero apresentam sérias limitações nas condições atuais desses serviços e do que eles próprios -como profissionais- sentem que podem oferecer. Porém, nos discursos desses profissionais permanentemente são apontadas questões necessárias para favorecer o envolvimento dos profissionais. Essas questões dizem respeito à motivação e sensibilização do profissional; à formação e capacitação; à formação de equipes multidisciplinares; ao desenvolvimento de ações de apoio terapêutico e tempo para desenvolver ações educativas. Em outras palavras, apontam a necessidade de mudanças no interior de suas práticas assim como da organização dos serviços. Essa situação contrasta com as opiniões da maioria dos profissionais do PMF que assinalaram que o programa têm possibilidades de atuar diante da violência de gênero, reafirmando para isso as características de organização deste modelo de atenção.

No entanto, quando trata-se de ações de prevenção da violência de gênero, os sujeitos desta pesquisa destacam alguns aspectos. Em primeiro lugar, a participação do setor saúde, ressaltando o papel educativo, no qual trabalharia com as mulheres, principalmente sua condição de sujeitos e de seus direitos na sociedade, a fim de favorecer o desenvolvimento da autoestima da mulher. Em segundo lugar, a importância do desenvolvimento de ações intersetoriais, a fim de garantir respostas efetivas e adequadas para as mulheres em situações de violência. As falas dos profissionais a respeito desta questão nos levaram a pensar na conformação de “redes de solidariedade” que possam entrar em ação nas circunstâncias em que as mulheres procuram os serviços de saúde. Em terceiro lugar, apontam a necessidade de uma resposta de toda a sociedade, com participação dos meios de comunicação e fundamentalmente do setor de educação, a fim de eliminar atitudes que aceitam a violência e legitimam o poder do homem sobre as mulheres. Em quarto lugar, apontam a necessidade de melhorar a situação de vida das mulheres, garantindo acesso à educação e emprego principalmente, para favorecer a autonomia e o desenvolvimento de sua participação integral na sociedade.

Os sujeitos desta pesquisa falam de uma questão de cidadania para as mulheres, de reivindicar a posição das mulheres em situações de violência como uma questão de direitos humanos. Nesse sentido, a proposta geral do PAISM reafirma sua atualidade, porque os aspectos aqui desenvolvidos nos levam a pensar na prática social dos serviços de saúde e, que no interior destes se constrói a relação profissional de saúde-usuária, esse espaço no qual

dever-se-iam encontrar a história da vida das mulheres e o saber médico. Acreditamos que esse elemento não é o mais importante por si só para mudar a atuação dos serviços diante da violência de gênero no âmbito doméstico (problema antigo, complexo e intimamente relacionado a um contexto de muitos fatores atuando em diversos níveis dos quais a “relação profissional-usuária” é mais um), porém, acreditamos que são necessárias mudanças na dimensão microsocial da prática da medicina que se expressa através da relação médico-usuária, extenssível para todos os profissionais. Esta prática deveria ser útil para ouvir e prestar atenção além do sintoma e da queixa que, na verdade, dizem respeito à realidade mais ampla das mulheres, de sua trajetória de vida que em um dos seus pontos críticos entra em contato com o sistema de saúde. Esse contato, deve ser considerado uma oportunidade importante para as mulheres em situações de violência, a fim de se proporcionar um apoio fundamental ao questionamento, que é necessário (mesmo que não seja suficiente) às transformações das relações de gênero para superar esse problema.

CAPÍTULO VIII

BIBLIOGRAFIA

- ANYON, J., 1990. Interseções de gênero e classe: acomodação e resistência de mulheres e meninas à ideologias de papéis sexuais. *Cadernos Pesquisa São Paulo*, 73:13-25.
- ÁVILA, M.B., 1993. *PAISM. Um Programa de Saúde para o Bem Estar de Gênero*. Recife: Ed. SOS Corpo.
- BARSTED, L.A.L., 1994. Violência contra a mulher e cidadania: uma avaliação das políticas públicas. *Cadernos CEPIA*, 1: 9-25.
- CARRILLO, R., 1991. La violencia contra la mujer: obstáculo para el desarrollo. In: *Una Nueva Lectura: Género en el Desarrollo* (V. Guzmán, P. Portocarrero & V. Vargas, orgs.), pp. 159-190. Lima: Flora Tristán Ediciones.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), 1992. *Violencia Doméstica Contra la Mujer en América Latina y el Caribe: Propuestas para la Discusión*. Serie Mujer y Desarrollo. Santiago de Chile:CEPAL.
- CORRÊA, S., 1993. *PAISM: Uma História sem Fim*. Recife: Ed. SOS Corpo.
- COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS, AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION., 1992. *Journal of the American Medical Association*, 267(23):3184-3189.
- CUADERNOS MUJER SALUD/1. RED DE SALUD DE LAS MUJERES LATINOAMERICANAS Y DEL CARIBE., 1996. *Por el Derecho a Vivir sin Violencia. Acciones y Propuestas desde las Mujeres*. Santiago, Chile.
- FERNANDEZ, A.M., 1992. Violencia y conyugalidad: una relación necesaria. La Gestión de las fragilidades y resistencias femeninas en las relaciones de poder entre los géneros. In: *La Mujer y la Violencia Invisible* (E. Gilbert, & A.M. Fernández, orgs.), pp. 142-169. Buenos Aires: Editora Sudamericana.

- FERREIRA, G.B., 1991. *La Mujer Maltratada. Un Estudio sobre las Mujeres Víctimas de la Violencia Doméstica*. Buenos Aires: Editora Sudamericana.
- FLITCRAFT, A., 1993. Physicians and domestic violence: Challenges for prevention. *Health Affairs*, 12:154-161.
- FRANCO, A.S., 1992. Violence and health: preliminary elements for thought and action. *International Journal of Health Services*, Vol. 22, 2:365-376.
- GIFFIN, K., 1994. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (supp):146-155.
- GREGORI, M.F., 1993a. As desventuras do vitimismo. *Revista Estudos Feministas*, 1:143-149.
- GREGORI, M.F., 1993b. *Cenas e Queixas. Um Estudo sobre Mulheres, Relações Violentas e a Prática Feminista*. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra-ANPOCS.
- GROSSI, M.P., 1991. Vítimas ou cúmplices?. Dois diferentes caminhos da produção acadêmica sobre violência contra a mulher no Brasil. Trabalho apresentado ao XV Encontro Anual da ANPOCS. Caxambu-MG.
- GROSSI, M.P., 1994. Novas/velhas violências contra a mulher no Brasil. *Revista Estudos Feministas*, 1:462-472
- GUERRA, N.G., 1994. Violence prevention. *Preventive Medicine*, 23: 661-664.
- HEISE, L. 1993., Violence against women: The missing agenda. In: *Health of Women. A Global Perspective* (M. Koblinsky et al.), pp. 171-195, Boulder, San Francisco & Oxford: Westview Press.
- HEISE, L.; PITANGUY, J. & GERMAIN, A., 1994. *Violencia contra la Mujer: La Carga Oculta sobre la Salud*. Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington, D.C.

- HEISE, L., 1994. Gender-based abuse: The global epidemic. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (supp):135-145.
- ISIS INTERNACIONAL., 1990. Violencia en Contra de la Mujer en América Latina y el Caribe. Información y Políticas. Informe Final. Santiago, Chile. (Mimeo.)
- MACHADO, M.H.; PEDROSA NETO, A.H. & CARVALHO, P.R.R , 1996. Perfil dos médicos. DADOS, 19. FIOCRUZ-RADIS.
- MERCY, J. A.; ROSENBERG, M.L.; POWELL, K.E.; BROOME, C.V. & ROPER, W.L., 1993. Public health policy for preventing violence. *Health Affairs*, 12:7-29.
- MINAYO, M.C.S., 1994a. A Violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (supp): 7-18
- MINAYO, M.C.S., 1994b. *O Desafio do Conhecimento*. São Paulo-Rio de Janeiro:Hucitec-Abrasco.
- MINAYO, M.C.S., 1994c. Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social. In: *Pesquisa social: Teoria, Método e Critividade* (M.C.S. Minayo, orgs.), pp. 9-29, Petrópolis, Rio de Janeiro:Vozes.
- MOREIRA, M.I.C.; RIBEIRO, S.F. & COSTA, K.F., 1992. Violência contra a mulher na esfera conjugal:jogo de espelhos. In: *Entre a Virtude e o Pecado* (Costa, A. & Bruschini, C), pp. 169-190, Rio/ S. Paulo:Ed. Rosa dos Tempos/F. Carlos Chagas.
- MOVIMIENTO MANUELA RAMOS, 1995. Alternativas contra la violencia hacia la mujer. Normas Nacionales e Internacionales. Lima, Perú.
- MS (Ministério da Saúde)., 1985. Assistência Integral à Saúde da Mulher:Bases de Ação Programática. Brasília: Ministério da Saúde.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud)., 1994. Salud y Violencia: Plan de Acción Regional. División de Promoción y Protección de la Salud. Washington D.C.:OPS.

- PALTIEL, F. 1993. La salud mental de la mujer de las Américas. In: *Género, Mujer y Salud en las Américas* (E. Gómez, orgs.), pp. 45-56, Washington:OPS.
- PITTMAN, P. & HARTIGAN, P., 1995. Calidad de la atención y la perspectiva de género. *Revista Mujer Salud*, 3-4:19-24.
- SAFFIOTI H.I.B. & ALMEIDA S.S., 1995a. Brasil:Violência, poder, impunidade. In: *Violência de Gênero:Poder e Impotência* (H.I.B. Saffioti & S.S.Almeida), pp. 3-27, Rio de Janeiro: Ed. Revinter.
- SAFFIOTI H.I.B. & ALMEIDA S.S., 1995b. Cidade maravilhosa: A outra face. In: *Violência de Gênero:Poder e Impotência* (H.I.B Saffioti. & S.S.Almeida), pp. 29-55, Rio de Janeiro: Ed. Revinter.
- SAFFIOTI, H.I.B., 1994a. Violência de gênero no Brasil atual. *Revista Estudos Feministas*, Número especial: pp. 443-461.
- SAFFIOTI, H.I.B., 1994b. Posfácio: Conceituando o gênero. In: *Mulher Brasileira é assim* (H.I.B. Saffioti & N. Muñoz-Vargas), pp. 271-283. Brasília:UNICEF/Rosa dos Tempos.
- SCOTT, J., 1990. Gênero: Uma categoria útil para análise histórica. *Revista Educação e Realidade* 16(2): pp. 1-27.
- SENNA, M.C..M., 1995. *Municipalização e controle social: O Programa Médico de Família em Niterói (1992-1994)*. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro:Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- SHALALA, D.E., 1993. Addressing the crisis of violence. *Health Affairs*, 12:30-33.
- SMS (Secretaria Municipal de Saude), 1993. Modelo Assistencial e Controle Social. II Conferência Municipal de Saúde. Rio de Janeiro:SMS.

- SOARES, L.E.; SOARES, B.M & CARNEIRO, L.P., 1996. Violência contra a mulher: as DEAMs e os pactos domésticos. In: *Violência e Política no Rio de Janeiro* (Soares, L.E. orgs.), pp. 65-106. Rio de Janeiro: Ed. Relume Dumará/ISER.
- SOARES, B.M., 1996. Delegacia de atendimento à mulher: questão de gênero, número e grau. In: *Violência e Política no Rio de Janeiro* (Soares, L.E. orgs.), pp. 107-124. Rio de Janeiro: Ed. Relume Dumará/ISER.
- STARK, E.; FLITCRAFT, A.; & FRAZIER, W., 1979. Medicine and patriarchal violence: The social construction of a "Private Event". *International Journal of Health Services*, 9 (3): 461-493.
- SOUZA, E.R. & MINAYO, M.C.S., 1995. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: década de 80. In: *Os Muitos Brasis: Saúde e População na década de 80* (M.C.S. Minayo, org.), pp. 87-116, Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.
- SPINK, M.J.P., 1993. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 9, 3: 283-299.
- SUGG, N.K. & INUI, T. 1992. Primary care physicians' response to domestic violence. Opening domestic violence. *Journal of the American Medical Association*, 267(23):3157-3160
- TILDEN, V.P., SCHMIDT, T.A.; LIMANDRI, B.J.; CHIODO, G.T.; GARLAND, M.J. & LOVELESS, P.A., 1994. Factors that influence clinicians' assessment and management of family violence. In: *American Journal of Public Health*, vol 84, 4:628-633.
- URIBE, M.L. & SANCHEZ, O.A., 1988. Violencia intrafamiliar: una mirada desde lo cotidiano, lo político y lo social. In: *Violencia en la Intimidad*. pp. 15-51. Bogotá: Ed. Casa de la Mujer.

CAPÍTULO IX

ANEXOS

ANEXO 1

Roteiro da entrevista

Data:

No. da entrevista:

CMS:

tempo de duração:

I. Identificação

a. profissão

b. sexo: F () M ()

c. Idade

d. estado civil

II. Formação Profissional

1. quanto tempo v. tem de formação?

2. Há quanto tempo v. trabalha no CMS?

3. Em que programa v. trabalha?

4. Quais são as atividades que desenvolve nessa unidade?

III. Percepção sobre violência doméstica

5. como vê a questão da violência?

6. que tipo(s) de violência v. acha preocupante?

7. v. acha que essa unidade se vê afetada pela violência?

8. que tipo de violência v. acha que atinge mais aos homens e que tipo de violência v. acha que atinge mais as mulheres?

9. qual é a sua opinião sobre a violência doméstica contra a mulher por parte de companheiros?
10. na sua opinião por que as mulheres apanham do seus companheiros? quais são as causas?
11. Como você vê o relacionamento homem-mulher?
12. Observa mudanças nesse relacionamento?

IV. Atuação profissional diante da violência doméstica

13. na sua formação profissional foi abordada a questão da violência doméstica contra a mulher?
14. na sua prática profissional v. tem suspeitado de casos de violência contra a mulher?
15. com que frequência v. tem suspeitado? (as vezes, moderadamente e freqüentemente)
16. O que o levou (aspectos clínicos) a pensar que tratava-se de uma mulher vítima de violência doméstica?
17. me conte com detalhe qual foi sua atitude nesse(s) caso(s)?
 - ** anotou na história clínica?
 - ** perguntou quem bateu nela?
18. na sua opinião as mulheres que procuram os serviços por terem sido agredidas por seus companheiros declaram a violência sofrida? [é um motivo de queixa, de consulta?]
19. Com que frequência vê esses casos?
20. Me conte com detalhe qual foi sua atitude nesse(s) caso(s)?
 - **Encaminhou para algum local?
21. V. acha que o serviço dever-ia encaminhar para uma delegacia?
22. O que v. diria a uma mulher que foi agredida?
 - ** essa pergunta só nos casos em que os profissionais dizem que nunca atenderam alguma mulher vítima de violência**
23. V. acha que de forma rotineira (anamnese) deveria ser perguntado para as mulheres se o companheiro alguma vez bateu nela?
24. Alguma vez atendeu homens vítimas de violência doméstica?
25. O que v. faz nesses casos?:
26. Na sua opinião, os serviços de saúde têm algum papel perante a violência doméstica contra a mulher? qual seria?

27. v. acha que os profissionais de saúde têm a responsabilidade de intervir nos casos de suspeita e nos casos comprovados de violência doméstica contra a mulher?
28. Considera que esses casos devem ser notificados? por que ? para quem?
29. Que possibilidades de atuação v. vê para os serviços de saúde perante a violência doméstica?
30. v. considera possível que os serviços de saúde possam contribuir para a diminuição da violência doméstica?
31. quais profissionais v. considera que devem trabalhar as questões de violência?
32. considera necessário que todos os profissionais sejam treinados para reconhecer esta problemática?
33. é possível que os serviços de saúde possam desenvolver alguma ação de prevenção?
34. quais seriam as dificuldades para enfrentar esse problema, tanto na:
 - a- identificação
 - b- tratamento
 - c- prevenção
35. v. considera que a violência contra a mulher chega a ser um problema tanto para a saúde da mulher como para a saúde reprodutiva? Por que?
36. na sua opinião, a violência contra a mulher pode ser considerado como um problema de saúde pública?

ANEXO 2

TABELA 1

NÚMERO DE ENTREVISTADOS POR PROFISSÃO

	RJ	PMF	TOTAL
	No.	No.	No.
auxiliar de enf.	03	05	08
enfermagem	03	01	04
psicologia	02	-	02
assistente social	02	01	03
medicina	05	08	13
TOTAL	15	15	30

TABELA 2

NÚMERO DE ENTREVISTADOS POR SEXO

	RJ	PMF	TOTAL
	No.	No.	No.
masculino	01	03	04*
feminino	14	12	26
TOTAL	15	15	30

* são médicos

TABELA 3

NÚMERO DE ENTREVISTADOS POR FAIXA ETÁRIA

	RJ	PMF	TOTAL
	No.	No.	No.
20 - 29	-	06	06
30 - 39	03	06	09
40 - 49	08	03	11
mais de 50	04	-	04
TOTAL	15	15	30

TABELA 4

NÚMERO DE ENTREVISTADOS POR ESTADO CIVIL

	RJ	PMF	TOTAL
	No.	No.	No.
solteiro	06	05	11
união consensual	01	01	02
casado	06	06	12
divorciado	01	03	04
sem informação	01	-	01
TOTAL	15	15	30

TABELA 5

NÚMERO DE ENTREVISTADOS POR TEMPO DE FORMAÇÃO (ANOS)

	RJ	PMF	TOTAL
	No.	No.	No.
menos de 1 ano	-	01	01
1 - 9	02	09	11
10 - 19	07	04	11
20 - 25	05	-	05
sem informação	01	01	02
TOTAL	15	15	30

TABELA 6

NÚMERO DE ENTREVISTADOS POR TEMPO DE TRABALHO NOS SERVIÇOS

	RJ	PMF	TOTAL
	No.	No.	No.
menos de 1 ano	03	02	05
1-4 anos	03	13	16
5 - 9 anos	06	-	06
10 - 20 anos	03	-	03
TOTAL	15	15	30