

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ALESSANDRA DE CÁSSIA LEITE

**MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA:
O PONTO DE VISTA DOS PROFISSIONAIS DE UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE**

SÃO CARLOS (SP)

2012

**MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA:
O PONTO DE VISTA DOS PROFISSIONAIS DE UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ALESSANDRA DE CÁSSIA LEITE

**MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA:
O PONTO DE VISTA DOS PROFISSIONAIS DE UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) como um dos requisitos para obtenção de grau de Mestre.

Orientador:

Prof. Dr. Bruno José Barcellos Fontanella
Departamento de Medicina e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

Co-orientadora:

Profa. Dra. Rachel de Faria Brino
Departamento de Psicologia da UFSCar e Programa de Pós Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

SÃO CARLOS (SP)

2012

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

L533ms

Leite, Alessandra de Cássia.

Mulheres em situação de violência doméstica : o ponto de vista dos profissionais de Unidades Básicas de Saúde / Alessandra de Cássia Leite. -- São Carlos : UFSCar, 2012. 160 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2012.

1. Enfermagem. 2. Pessoal da saúde pública. 3. Assistência à saúde. 4. Centros de saúde. 5. Atenção primária à saúde. 6. Violência conjugal. I. Título.

CDD: 610.73 (20ª)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: ALESSANDRA DE CÁSSIA LEITE

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 29/02/12
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:

Bruno Fontanella

Prof. Dr Bruno José Barcellos Fontanella

(Orientador – PPGE_{nf}/UFSCar)

Claudinei José Gomes Campos

Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos

(FCM/UNICAMP)

Guilherme Arantes Mello

Prof. Dr. Guilherme Arantes Mello

(DMed/UFSCar)

Anamaria Alves Napoleão

Presidente da Coordenação de Pós-Graduação
Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pais pela vida, pela alegria, incentivo, segurança e apoio, sem vocês nada teria sido possível.

À minha filha Isadora, por estar presente em todos os momentos, por cantar e fazer gracinhas para alegrar-me. Amo você!

Ao meu esposo, por sua paciência e compreensão, por saber incentivar e administrar os momentos de ausência de forma compreensiva e paciente. Amo você!

Aos meus irmãos, Jeferson, Jussara, Cátia, Jenifer por acreditarem e apoiar em todos os momentos. Amo incondicionalmente.

Aos meus sobrinhos Jéssica, Gabriel, Thayná, Yasmin e Maycon pelas alegrias, carinho e descontração, os momentos com vocês são sempre maravilhosos.

Aos meus cunhados e cunhada, Michel Bento, Patrick Macedo e Jeni Leite obrigada por estarem presente em todos os momentos importantes.

Aos meus tios e tias, em especial ao meu padrinho e madrinha, Tio Nico e Tia Cida, que abandonou tudo para apoiar-nos e compartilhar de todos os momentos de nossas vidas. Amamos você.

À minha querida e amada prima Andreza Agenor (in memoriam) pelos momentos inesquecíveis vivenciados e pelo incentivo. A saudade será eterna.

Amo vocês

AGRADECIMENTOS

Ao amigo, professor e orientador Bruno José Barcellos Fontanella pela orientação e paciência. Você sempre será um exemplo para minha vida profissional, na competência científica, ética e moral na construção do conhecimento. Sinto-me privilegiada.

À minha co-orientadora Raquel Brino pelas sugestões, discussões e incentivo.

Aos membros da Comissão examinadora pelas sugestões e discussões.

Aos professores Guilherme Arantes Mello e Claudinei José Gomes Campos pelas sugestões e direcionamentos importantes para a conclusão desta pesquisa.

À minha turma de Mestrado e aos docentes, por compartilhar conhecimentos e vivências importantes.

À secretaria da Pós-Graduação Nancy pela paciência e pelo apoio.

Aos enfermeiros e enfermeiras do Hospital da Vida (MS): Valdeí, Joselito, Roberto, Cássio, Vânia, Daniella, Juliana e Édna, pela compreensão, apoio e estímulo e pelas oportunidades de crescimento profissional e pessoal.

Aos alunos do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Uniesp-Taquaritinga-SP, turma 2007 a 2011, pelas ricas trocas de experiência.

À família Macedo e Silva por compreender, apoiar e por me darem algo muito importante para minha vida.

Às minhas amigas e companheiras Camila Caixeta, Karina Volpiano, Fernanda Sales, Priscila Cardoso e Raquel Vivancos, pelo estímulo e carinho e por se fazerem presente em todos os momentos. Amo vocês!

Aos profissionais da Atenção Primária pelo acolhimento e por participarem desse momento importante da minha vida profissional.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram na elaboração e concretização desta pesquisa.

Meus eternos agradecimentos

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi compreender significações psicológicas e culturais de profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre a questão das mulheres em situação de violência doméstica por eles atendidas, incluindo suas eventuais dúvidas e dificuldades. Procuramos interpretar os pontos de vista desses profissionais, ou seja, suas ideias, percepções e conceitos com que trabalham. O campo de pesquisa foi constituído por Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do interior do Estado de São Paulo. Trata-se de um estudo qualitativo com entrevistas semidirigidas, cujos conteúdos foram analisados quanto às enunciações expressas durante esses depoimentos. Procurou-se fechar o número final de participantes pela técnica de amostragem por saturação empírica e teórica. Noutros termos, as enunciações (correspondentes aos dados empíricos “brutos”) foram analisadas, entrevista por entrevista, e foram organizadas em categorias formuladas de acordo com a visão teórica dos pesquisadores; a interrupção da coleta de dados deu-se quando os dados empíricos não mais subsidiaram a formulação de novas categorias analíticas e também não mais contribuíram para o aprofundamento das categorias anteriormente formuladas, segundo o julgamento dos pesquisadores. Os resultados dizem respeito a entrevistas com 14 sujeitos que, depois de transcritas, corresponderam a um corpus de 42.336 palavras. Os entrevistados compõem um grupo relativamente heterogêneo quanto às formações profissionais (enfermeiros, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, médicos, odontólogos e farmacêutico). Para cada uma das pré-categorias formuladas, que foram traduzidas em questões propostas aos participantes, foram formuladas categorias analíticas. A primeira correspondeu a temas ou tipos de enunciados relacionados à problemática que envolve a questão da mulher em situação de violência (compreensão do fenômeno); nestas surgiram três categorias: Sobre a violência, Fatores de riscos, Questões de gênero. A segunda correspondeu a enunciados relacionados à recepção e aos primeiros cuidados às mulheres em situação de violência foram levantadas três categorias: APS e a violência contra mulher, Dinâmica da recepção e primeiros cuidados e Notificação. Da terceira pré-categoria, relativa a temas ou tipos de enunciados relacionados aos outros procedimentos a serem empreendidos na APS quanto às mulheres em situação de violência, emergiram duas categorias: Medidas preventivas secundárias e terciárias e Prevenção. Por fim, na pré-categoria relativa aos temas ou tipos de enunciados sobre as eventuais dificuldades pessoais e institucionais nos atendimentos realizados na APS, foram elaboradas quatro: Questões sociais e psicossociais, Dificuldades educacionais, Dificuldades intrasetoriais, Dificuldades intersetoriais. O trabalho de discussão destes resultados foi realizado por meio da perspectiva teórica de gênero. Pode-se concluir a dificuldade dos profissionais da APS no atendimento das mulheres em situação de violência, sendo que essas dificuldades iniciam-se na abordagem inicial da mulher que se encontra nessa situação até a elaboração/execução do plano de cuidado. Observa-se a necessidade do trabalho da rede intersetorial para a abordagem integral dessas mulheres e a inserção da problemática nos currículos escolares para que a sociedade caminhe em busca da igualdade de gênero e para que possa preparar seus profissionais para o atendimento dessas mulheres. Os limites da pesquisa foram apontados.

Palavras-Chave: Violência doméstica, Pessoal de Saúde, Atenção primária à saúde, Identidade de gênero, Violência, Assistência integral à saúde, Centro de saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to understand the psychological and cultural meanings of health professionals of Primary Health Care (PHC) on the issue of women in situations of domestic violence served by them including their uncertainties and difficulties. We tried to interpret the views of these professionals, or their ideas, perceptions and concepts with which they work. The research consisted of Basic Health Units (BHU) of a municipality in the state of Sao Paulo. This is a qualitative study with semi-structured interviews, which contents were analyzed for their utterances expressed during these interviews. We tried to close the final number of participants for sampling by empirical and theoretical saturation. In other words, utterances (corresponding to the empirical data "raw") were analyzed, interview by interview, and were organized into categories formulated in accordance with the theoretical view of the researchers, the interruption of data collection occurred when the empirical data did not support anymore the formulation of new analytical categories and also no longer contributed to the deepening of the categories set out above, in the judgment of the researchers. The results are the 14 subjects that after transcribed, correspond to a corpus of 42,336 words. Respondents comprise a relatively heterogeneous group, with regard to trained professionals (nurses, nursing assistant, nurse, doctors, dentists and pharmacists). For each of the pre-made categories, which were translated into the proposed topics to the participants, were formulated analytical categories: themes or types of statements related to the problems surrounding the issue of women in violent situations (understanding of the phenomenon), emerged in these three Categories: About the violence, risk factors, gender issues. In pre-category themes or types of statements related to the first reception and care for women victims of violence were raised three categories: APS and violence against women, Dynamics of the reception and first aid, Notification. In the themes or types of statements related to other procedures to be undertaken in the APS and women in situations of violence fell into two categories: secondary and tertiary preventive measures and Prevention. Finally, the pre-category: themes or types of statements about the possible difficulties in personal and institutional care provided in APS appeared four: Social and psychosocial, educational difficulties, intrasectoral difficulties, and intersectoral difficulties. The work of discussion of these results was performed by means of a gender perspective. It can be concluded from the difficulty of PHC professionals in meeting the women in violent situations, and these difficulties begin to address the woman who is in this situation to the development / implementation of the plan of care. There is a need for intersectoral work of the network to approach these women and full inclusion in school curricula of the problem for society to constantly look for gender equality and so you can prepare your professionals to meet these women. The limits of the research were identified.

Keywords: Domestic Violence, Personal Health, Primary Health Care, Gender Identity, Violence, Comprehensive health care, health center

LISTA DE QUADROS E TABELA

QUADRO 1 – Passos procedimentais para constatação da saturação teórica	72
QUADRO 2 - Perfil individual sociodemográfico e profissional dos participantes da pesquisa	76
TABELA 1 - Perfil sociodemográfico da amostra como um todo	77
QUADRO 3 - Temas ou tipos de enunciados relacionados à problemática que envolve a questão da mulher em situação de violência (compreensão do fenômeno)	79
QUADRO 4 - Temas ou tipos de enunciados relacionados proferidos pelos participantes relacionados à recepção e aos primeiros cuidados às mulheres em situação de violência	80
QUADRO 5 - Temas ou tipos de enunciados relacionados aos outros procedimentos a serem empreendidos na APS quanto às mulheres em situação de violência, segundo o contido nas entrevistas.	81
QUADRO 6 - Temas ou tipos de enunciados proferidos pelos participantes sobre suas eventuais dificuldades pessoais e institucionais nos atendimentos realizados na APS.	82

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Gênero e sexualidade	15
1.2 Família	20
1.2.1 Definição de família e os tipos de família	21
1.2.2 Estrutura patriarcal	26
1.2.3 A tendência à dissolução do patriarcado e como isso pode se associar à violência doméstica	27
1.3 Agressividade e violência	30
1.4 Violência e saúde	38
1.5 Interdisciplinaridade e multiprofissionalismo no setor da saúde no atendimento da mulher em situação de violência	43
1.6 A mulher em situação de violência	48
1.6.1 Acerca da luta da mulher pela igualdade de gênero	48
1.6.2 Sobre a violência de gênero	49
1.6.3 Sobre a mulher em situação de violência	50
1.6.4 Mulher em situação de violência no âmbito conjugal	51
1.6.5 Percepção e “naturalização” a respeito da mulher em situação de violência	51
1.6.6 Sobre os tipos de violência contra a mulher	54
1.7 Atenção Primária à Saúde (APS/AB) e a violência contra mulher no âmbito conjugal	55
1.7.1 Conceituando cuidados primários à saúde/ atenção primária	56
1.7.2 Sobre os cuidados primários à saúde/ atenção primária	57
1.7.3 Sobre as categorias da APS e suas reformas	58
1.7.4 APS e a mulher em situação de violência	59
1.8 Sobre o papel dos profissionais da saúde na notificação	61
1.8.1 A Lei 11.340/06 e a violência conjugal	64
1.9 Sobre o problema pesquisado	66
1.9.1 Formulação do problema de pesquisa	66
1.9.2 Pressupostos	66
1.9.3 Justificativas	67
2 OBJETIVOS	68

2.1	Objetivo geral	68
2.2	Objetivos específicos	68
3	MÉTODO	69
3.1	Apresentação e justificativa do método escolhido	69
3.2	Técnicas de tratamento dos dados	69
3.3	Campo de observação	70
3.3.1	O sistema de saúde do município	70
3.4	População	70
3.4.1	Unidade de observação	71
3.5	Amostragem	71
3.6	Coleta de dados	73
3.6.1	Instrumento de coleta de dados	73
3.7	Questões éticas	74
3.8	Análise dos dados	75
4	RESULTADOS	76
5	DISCUSSÃO	83
5.1	Problemática que envolve a questão da mulher em situação de violência (compreensão dos participantes)	83
5.1.1	Sobre a violência	83
5.1.2	Fatores de risco	89
5.1.3	Questões de gênero	94
5.2	Recepção e primeiros cuidados às mulheres em situação de violência	99
5.2.1	APS e a mulher em situação de violência	99
5.2.2	Aspectos da Dinâmica da Recepção e dos primeiros cuidados	103
5.2.3	Notificação	111
5.3	Procedimentos a serem empreendidos na APS quanto às mulheres em situação de violência	117

5.3.1	Medidas Preventivas Secundárias e Terciárias	117
5.3.2	Prevenção	123
5.4.	Eventuais dificuldades pessoais e institucionais no atendimento	126
5.4.1	Questões sociais e psicoculturais	126
5.4.2	Dificuldades Educacionais	130
5.4.3	Dificuldades intrasetoriais	135
5.4.4	Dificuldades Intersetoriais	138
6	CONCLUSÃO	142
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	146
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	148
	APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	156
	APÊNDICE B – Temário da entrevista	158
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)	160
	ANEXO B – Entrevistas	CD ROM

1 INTRODUÇÃO

Como a presente seção propõe ao leitor um texto longo, procuramos sintetizá-la nesses primeiros parágrafos.

Nossa proposta foi organizar o estudo teórico realizado em tópicos que consideramos importantes para o entendimento da problemática abordada.

Iniciamos escrevendo sobre os conceitos de **gênero e sexualidade**, mostrando o quanto a sociedade exerce controle e influencia as posturas dos homens e das mulheres. Comentaremos também que quando a mulher não mantém a postura “feminina”, alguns homens podem reagir de forma agressiva e que essa reação, muitas vezes, é legitimada e aceita por parte da sociedade.

No tópico sobre **família**, conceituamos esse termo e comentamos algumas mudanças históricas ocorridas na estrutura familiar, o quanto a sociedade tem o “poder” de controlar os membros dentro das famílias e a questão da tolerância social ainda existente quando o assunto é violência intrafamiliar.

Na seção **agressividade e violência**, depois de definirmos esses termos, escrevemos sobre a historicidade e a importância da socialização primária, para que as pessoas possam controlar/reduzir a agressividade e a violência. Falaremos também da importância da sociedade no incentivo para canalização do instinto agressivo, de modo a que esse instinto não se manifeste como violência.

Já no tópico **violência e saúde** serão conceituados os termos e faremos uma correlação entre eles. Pontuaremos a relação existente entre a violência e a saúde das pessoas, justificando por que a problemática da violência deve fazer parte da agenda do setor saúde.

Quando o assunto for a configuração do trabalho da equipe de saúde no atendimento das pessoas em situação de violência, tentamos trazer no sub-tema **interdisciplinaridade, multiprofissionalismo no setor saúde e intersectorialidade** a importância desses conceitos na abordagem que consideramos melhor adequar-se à mulher em situação de violência.

Quando o mote é **a mulher em situação de violência**, discutiremos o quanto a mulher no mundo atual tenta se estabelecer socialmente em novos papéis. A socialização que o homem teve para ser forte, provedor, “chefe da família”, tende a fazer com que, nas atuais circunstâncias de sociabilidade, ele tenda a ficar inseguro e a consequência disso, muitas vezes, é a violência. Pontuamos também, nessa parte da introdução, a importância dessa

problemática ser acompanhada e trabalhada pela sociedade e pelo Estado, pois se trata de uma situação que transgride os direitos humanos.

Algo importante também, nessa introdução, foi relacionar a **atenção primária à saúde (APS) e violência contra a mulher**, dissertando sobre qual é o objetivo da APS e dos profissionais no atendimento da mulher em situação de violência na esfera conjugal.

E para finalizar a introdução, abordaremos brevemente o Código de Ética de algumas profissões no tópico **sobre o papel dos profissionais de saúde na notificação**. Tentaremos correlacionar os preceitos dos referidos códigos com a violência doméstica e com as “obrigações” dos profissionais no atendimento da situação de violência.

Essa breve e sintética exposição prévia de alguns tópicos quis situar minimamente a problemática estudada, assim como procurou expor alguns dos pressupostos com que o campo de pesquisa foi abordado.

1.1 GÊNERO E SEXUALIDADE

A subordinação da mulher ao homem é estabelecida historicamente. O homem foi socializado para ser um indivíduo forte e corajoso e a mulher para ter características delicadas e sensíveis. A mulher, que até o século XVIII era considerada inferior ao homem, inclusive em relação à sua anatomia, nos séculos seguintes saiu em busca de sua identidade e autonomia e nessa busca iniciam-se os conflitos entre homem e a mulher. De todo modo, em todas as fases desta evolução, a sociedade desempenhou e desempenha o papel de estabelecer regras para uma “adequada” conduta entre os sexos.

A expressão homem é definida como ser humano adulto, do sexo masculino; mulher é a adulta do sexo feminino. Essa diferenciação nem sempre foi considerada tão óbvia quanto hoje nos parece. Até a metade do século XVIII, o atributo sexo era considerado algo muito mais homogêneo (MARTINS, 2004); as diferenças entre os sexos eram de grau (dimensional) e não de espécie (categórica), e as mulheres eram consideradas menos perfeitas, tanto socialmente como fisicamente (BOZON, 2006).

Bozon (2006, p.39) e Gomes (2008, p.61) comentam o quanto que o masculino é tradicionalmente aquele dotado de desejo sexual, de agressividade; o feminino, em contraposição, é aquele dotado de pudor, com desejo sexual ausente, seu corpo é frágil, delicado, seu crânio é pequeno. Observe-se, então, que o feminino é definido em relação às imagens desvalorizadas do masculino.

Nota-se que a construção da feminilidade e masculinidade segue normas e valores da sociedade. Independentemente da época e da cultura em que o indivíduo está inserido, essa construção é quase sempre marcada pela subordinação sociocultural da mulher ao homem.

A palavra sexo pode ser definida como divisão biológica: masculino e feminino. Diferenças anatomofisiológicas vão diferenciar o corpo masculino do feminino, atributos que, no mais, são construídos culturalmente (GIDDENS, 2005, p. 104; GOMES, 2008, p.65). Em locais onde as leis agem diferentemente para o homem e para mulher, tais atributos passam a ter também, inclusive, um sentido legal. Exemplos nesse sentido seriam a aposentadoria, o casamento, as adoções, a Lei Maria da Penha¹ (Lei 11.340), entre outros.

O vocábulo sexualidade surge no século XIX e pode ser visto como inserido no processo civilizatório, caracterizado, entre outras coisas, por um progressivo controle humano sobre seu corpo: consegue reprimir parcialmente algumas de suas funções corporais, seus prazeres e emoções, surgindo então a necessidade de conhecer essas funções o desejo de compreender as inquietações deste corpo (BOZON, 2004, p.40).

A sexualidade é um fenômeno hoje conhecido cientificamente e faz parte da vida do homem e da mulher, porém foi observado que aos poucos, ao longo da história humana, esse assunto se tornou, no meio social, algo vergonhoso e embaraçoso para ser dialogado ou discutido (ELIAS, 1994, p.179).

O que organiza a sexualidade humana é sobretudo configurado como uma construção social: o homem e a mulher não se comportam mais por instinto, elaboram mentalmente o que irão fazer e depois atribuem sentidos a seus atos e, a partir desse momento, necessitam da sociedade para ensiná-los a como e quando agir sexualmente (ELIAS, 1994,p.189; BOZON, 2004, p113). Quando essa situação de aprendizado social foge do controle, o indivíduo pode não conseguir ponderar seus instintos, podendo então surgir comportamentos considerados violentos. Como Gomes (2008, p.89) coloca, o homem é socialmente considerado o ser ativo e com desejos sexuais constantes e a mulher é o ser oposto a essas características. Nessa dinâmica, o sentimento de poder masculino pode ficar exacerbado e conduzir à violência sexual, afinal o homem é o “macho” que não renuncia ao seu desejo, podendo inclusive entender, no extremo, o “não” da mulher como um ato de sedução.

¹ Lei instituída para oprimir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher.

No entanto, como já pontuado, o homem deixou de viver por instinto e passou a ter comportamentos direcionados pela sociedade e pela cultura. A sociedade passa a ditar as regras, direcionando o comportamento do indivíduo e com esse “controle social” dos instintos o homem inicia seu processo civilizatório (ELIAS, 1994, p.189).

Esse processo é considerado essencial para que o ser humano possa viver em sociedade, pois nessa evolução do comportamento, os impulsos começam ser controlados, o que Elias (1994, p.181 e 183) descreve como *controle social*, sendo esse controle é acompanhado por uma pressão social intensa.

Bozon (2004, p.28) menciona a dificuldade do homem em agir por instinto e que ele necessita da sociedade para ensiná-lo e orientá-lo em suas condutas e reações com relação ao seu comportamento.

A entrada para a sexualidade quando se é jovem ocorre por meio do olhar e de regras ditadas pelos mais velhos e parentes próximos, etapa marcante para a construção social do homem e da mulher (BOZON, 2004, p.27). Haveria dois tradicionais tipos de acesso do homem e da mulher para a sexualidade: no primeiro a mulher tem sua primeira relação sexual com homens mais velhos e perto da puberdade, sendo a iniciação sexual masculina mais tardia em relação à da mulher; na segunda, o controle social retarda a sexualidade feminina para que a mulher possa se casar virgem e os jovens do sexo masculino são levados a prostíbulos para aprenderem a ser comportar como homem (BOZON, 2004, p.28). Nesses dois momentos, observamos a submissão da mulher para com o homem na sexualidade.

No século XX ocorreu um relaxamento no controle social, as relações sexuais iniciam-se precocemente, ocorrendo o acesso à sexualidade na puberdade e a primeira menstruação passa ser o marco para iniciação sexual (BOZON, 2004, p.63).

E para realizar a distinção entre o homem e a mulher em seus papéis socioculturais é utilizada a palavra *gênero*, que foi adaptada do campo da linguística e vem do latim *genus*, que pode ser definido como papel social atribuído a uma pessoa baseado em seu sexo e em outros fatores culturalmente estabelecidos.

O termo gênero também é definido como uma divisão da sociedade em grupos de indivíduos que apresentam características parecidas, que estrutura as oportunidades e as chances de vida e influenciam os papéis que os indivíduos desempenham dentro das instituições sociais (GIDDENS, 2005, p.107).

Essa expressão surge no século XX pelo movimento feminista, para diferenciar culturalmente os sexos e ajudar a compreender a determinação do comportamento do homem e da mulher dentro de uma sociedade (GOMES, 2008, p.64; GONÇALVES, 2006, p.73).

A conquista da mulher da igualdade de gênero se inicia com o movimento feminista, que tem uma maior ênfase no final do século XX, porém começa, no Brasil, com o direito de voto alcançado pelas mulheres no início desse século, em 1932, surgindo logo em seguida a legislação trabalhista que tinha como objetivo proteger o trabalho feminino (GONÇALVES, 2006, p.28).

O sufrágio feminino teria sido a luta mais estimulante e representativa para afirmar os direitos da mulher; no entanto, a mulher ansiava também pelo direito à instrução, ao trabalho e à proteção da lei (GONÇALVES, 2006, p.29).

A sociologia do gênero estuda a forma através da qual as pessoas aprendem com a família e organismos sociais a desempenhar o papel de gênero e faz uma diferenciação entre o sexo biológico e o gênero social: a criança nasce com o sexo biológico (pênis ou vagina e outras características biológicas que os diferenciam) e depois desenvolvem os diferentes papéis do gênero, diferenças essas culturalmente produzidas (GIDDENS, 2005, p.106).

As identidades de gênero se produzem a partir das diferenças sexuais percebidas pela sociedade. Mesmo os papéis de gêneros sendo diferentes de cultura para cultura, observa-se que o homem tende a estar sempre em destaque. Um exemplo claro disso é a divisão de trabalho entre o homem e a mulher, que faz com que ocorra uma profunda desigualdade entre os gêneros, sendo que essas desigualdades raramente são neutras em relação à diferenciação mulher-homem (GIDDENS, 2005, p.107). Também em outros aspectos a socialização de gênero não é feita de forma tranquila, havendo grandes divergências entre os grupos que socializam, como os organismos primários (família) e secundários (grupo social).

Giddens (2005, p. 107 e 108) exemplifica algumas abordagens teóricas sobre diferenças de gênero. A abordagem *funcionalista* descreveria, por exemplo, que a mãe deve ficar em casa com o papel ou função de cuidar da família, pois se ela sair para o trabalho externo, a criança terá uma socialização inadequada, e isso irá trazer problemas sociais e psicológicos para a criança. No polo oposto, a *abordagem feminista* tenta explicar as desigualdades de gênero e apresenta planos para superar a desigualdade, estão preocupadas

com o sexismo² e a discriminação contra a mulher no mercado de trabalho, escola e mídia. Tenta proteger e estabelecer igualdade de oportunidades através das leis e de meios democráticos. Para o feminismo radical, os homens são responsáveis e beneficiados pela exploração das mulheres, recebendo delas serviços domiciliares gratuitos em casa e negando o acesso da mulher a posições de poder e de influência na sociedade. Consideram a família como principal fonte de exploração das mulheres na sociedade.

A relação entre os gêneros é entendida com um produto aprendido, ou seja, a socialização de gênero. Ela é iniciada na gestação e depois, quando crescem, as meninas passam, por exemplo, a brincar dentro do lar e os meninos em espaço aberto. Quando adultos, o homem assume o trabalho produtivo e as decisões sociais, que são atividades extradomiciliares e as mulheres assumem o trabalho intradomiciliar, reprodutivo e de cuidados com os filhos. E quando essas mulheres saem de casa para trabalhar, seus salários e cargos são inferiores ao dos homens (CABRAL, 1999).

As relações de gênero tendem a reforçar a desigualdade na sexualidade (a mulher dá prazer e não sente prazer) e na reprodução (se, por um lado, a reprodução é fonte de poder, por outro é considerado como um redutor de possibilidades e limitador da vida das mulheres (CABRAL, 1999)).

Quando se trata da relação de gênero nas situações de violência doméstica contra a mulher, uma das possibilidades explicativas é que o homem passa ficar inseguro com a progressiva autonomia da mulher, não conseguindo controlar sua história de subordinação.

De fato, a mulher passa, a partir da década de 1960, a poder engravidar somente quando tem desejo, pois conquistou o direito de instituir por conta própria medidas contraceptivas. No exercício das práticas sexuais, ela passa a não ficar somente “por baixo” das relações (BOZON, 2004, p.24), sente prazer, não ignora esse sentimento e quando tudo isso acontece, o homem, que foi educado socialmente para ser do “grupo que tem poder” (CABRAL, 1999), pode passar utilizar a força para tentar ser atendido, pois sua história é tradicionalmente uma história de valentia e coragem.

Como um exemplo das várias decorrências sociais deste tipo de conflito, um juizado brasileiro³, em 1999, passou utilizar um grupo de reflexão para homens que cometiam

² Sexismo é termo que se refere ao conjunto de ações e idéias que privilegiam entes de determinado gênero.

³ Juizado Especial Criminal da Violência Doméstica contra a mulher de São Gonçalo-RJ.

violência contra mulher, grupo este com o objetivo de diminuir recidiva de violência e fortalecer as mulheres nessa situação.

Cabral (1999) enfatiza esse tipo de iniciativa, descrevendo a importância da educação para enfraquecer a desigualdade de gênero, fator importante para ocorrência da violência doméstica.

Como conclusão desta seção a respeito de gênero e sexualidade, observa-se que independente da época em que as pessoas estão inseridas, a construção da feminilidade e da masculinidade termina por subordinar a mulher ao homem e que essa construção segue normas e valores da sociedade. O homem, como um indivíduo tradicionalmente responsável pelo sustento da família, papel construído socialmente, somente quando não deixa de cumprir suas obrigações é respeitado socialmente, obtendo inclusive o direito tácito de expressar-se por meio de atos violentos, pois essa característica é ainda muitas vezes socialmente aceitável. E a mulher, quando começa sua busca pela autonomia, saindo do lar para conquistar o mercado de trabalho, inicia sua perda de identidade feminina tradicional e é muitas vezes vista como merecedora de atos violentos contra si.

Nesse sentido, é importante lembrar que, mesmo tendo havido uma evolução dos papéis sociais de gênero, uma progressiva compreensão científica sobre a questão e importantes mudanças institucionais e jurídicas, isso não significa que as pessoas em seus cotidianos acompanham e acompanham essas mudanças, terminando ainda por favorecer muitas vezes o sexo e o gênero masculino.

1.2 FAMÍLIA

Tentaremos aqui, conceituar a família e comentar alguns aspectos da transição cultural por que passou e passa essa instituição, sendo válido mencionar de antemão a importância de o núcleo familiar ser considerado mais do que um grupo constituído por pais e filhos, mais do que as relações consanguíneas e do casamento.

Em todos os momentos históricos da vida familiar a sociedade monitoriza o comportamento das pessoas dentro desse grupo e, com a modificação do comportamento de seus membros, o chamado *vínculo familiar* está se tornando, na visão de alguns, progressivamente mais enfraquecido. Observamos isso quando olhamos para história e percebemos que, um tanto diferentemente de hoje, as pessoas anteriormente tinham funções firmemente estabelecidas: o pai era provedor, a mãe era cuidadora do lar e dos filhos e os

filhos eram os indivíduos que tinham que cumprir as regras ditadas pelos mais velhos (família patriarcal).

Hoje esses laços de obediências estão debilitados e tornam-se ausentes, com o passar do tempo, nas relações familiares. Por causa dessas mudanças, a organização familiar pode ser considerada hoje como uma instituição que se estrutura de um modo muito diferente do que até décadas atrás. Aspectos desta discussão, que se procurará fundamentar a seguir, são considerados de grande importância na compreensão do assunto aqui pesquisado, as mulheres em situação de violência familiar.

1.2.1) Definição de família e os tipos de família

Os dicionários lexicográficos já trazem alguns elementos importantes para conceituar “família”, iniciando com a origem da palavra e seus significados denotativos. Entretanto, o conceito de família não é estático, esse termo está constantemente sofrendo transformações socioculturais em seu significado.

Na língua portuguesa, o termo família foi registrado pela primeira vez no século XIII; tem sua origem no latim *família, ae* 'servidores, escravos, séquito, casa, família'. É entendida hoje como um grupo de pessoas que vivem na mesma casa, ou que possuem antepassados semelhantes, ou que são ligados pelo matrimônio, por filiação ou adoção, e, no sentido figurado, pode significar a união de pessoas que têm os mesmos interesses e princípios (HOUAISS, 2009).

Para Lakatos e Marconi (1999, p.171) e para Marconi e Presotto (2001, p.106) o núcleo familiar foi considerado inicialmente como uma decorrência de um fenômeno biológico de conservação e reprodução, mas com suas transformações e evoluções essa família deixa de ser fenômeno biológico de reprodução e passa ser considerada como um fenômeno social.

A instituição familiar nasceu com a necessidade social de estabelecer herança, pois o “homem selvagem” tinha como “obrigações” na instituição familiar, também amparar seus filhos e não somente satisfazer seus impulsos sexuais; para que pudesse dar esse amparo material para sua prole, precisava saber quem ou quais era(m) seu(s) filho(s) legítimo(s) (BOUDON; BOURRICAUD, 2001, p.237).

A lei 9.278/96 que regulamenta o parágrafo 3º do artigo 226 da Constituição Federal brasileira de 1988, conceitua a família em seu art. 1º como aquela caracterizada pela convivência duradora entre o homem e a mulher, e que essa convivência deve ser pública.

O sociólogo Anthony Giddens menciona em sua obra de compilação e iniciação à sociologia a conceituação de vários termos importantes para entendimento dessa instituição, cuja compreensão que se tornou tão complexa. Iniciaremos com o *casamento*, que o autor descreve como união sexual entre dois indivíduos adultos, reconhecida e aprovada socialmente e legalmente. Os *laços de parentesco* são aqueles em que os indivíduos estão ligados pelo matrimônio ou pela consanguinidade; *poligamia* é o casamento com mais de um cônjuge, seja o homem se casando com várias mulheres (poliginia) ou a mulher se casando com vários homens (poliandria); esse tipo de união poligâmica é considerada em algumas culturas como algo ilegal e imoral. A *monogamia* é o tipo de união legalmente aceitável no Brasil. Nos casamentos ou uniões monogâmicas os indivíduos mantêm uniões estáveis com apenas um cônjuge e dessa união nasce a *família*, grupo de pessoas unidas geralmente por ligações consanguíneas, sendo os adultos dessa ligação os responsáveis pelos cuidados das crianças. A *família nuclear* é composta por dois adultos vivendo juntos na mesma casa com seus filhos biológicos ou filhos adotados, já a *família ampliada* é aquela composta pelo casal, seus filhos e parentes próximos, vivendo todos no mesmo ambiente familiar, ou geograficamente e-ou afetivamente próximos. O modelo de vida familiar que predominava na segunda metade do século XX deixou atualmente de ser hegemônico, surgindo modelos de vida familiar variados, que Giddens enuncia como *diversidade familiar* (GIDDENS, 2005, p.151 e p.152).

Essa *diversidade familiar* ajuda a classificar, segundo Anthony Giddens, os vários outros modelos de vida familiar, enfraquecendo a predominância da família nuclear, que antes era o modelo padrão em diversas sociedades (GIDDENS, 2005, p.151 e p.152).

Levi-Strauss em 1973 realizou a definição de família em uma perspectiva cultural, descrevendo-a como um “sistema de parentesco”; esse sistema não considera a noção de família nuclear (formada pelo pai, mãe e filhos), mas sim o que chamou de “átomo de parentesco”, em que a estrutura familiar não é considerada como aquela formada por um “sistema triangular” (pai, mãe e filhos), e sim, formada por um “sistema quadrangular” (pai, mãe, filhos(as), tios e sobrinhos(as)) (LEVI-STRAUSS, 2001, p.92). A relação entre esses membros é mantida pela consanguinidade, aliança e filiação, observando que a aliança seria o

elo mais importante dessa relação. Exemplificando: para um homem obter uma esposa é preciso que esta lhe seja direta ou indiretamente cedida por outro homem (pai ou irmão e-ou tio), e que esse homem tem o papel de “doar a mulher” (LEVI-STRAUSS, 2001, p.90-91), estabelecendo, portanto, uma aliança entre as famílias originais. Observamos atualmente resquícios ritualísticos dessa relação de aliança em alguns casamentos religiosos, em que na maioria das vezes a noiva é acompanhada por um homem, que pode ser o pai, o irmão, tio ou o avô, que irá realizar a “entrega” dessa mulher para seu futuro esposo.

Boudon e Bourricaud (2001, p.237) descrevem a família como uma instituição formada por aliança e ou pela união matrimonial, onde existe uma interdependência entre seus membros. E essa relação de interdependência envolveria pessoas (cônjuges, parentes, associados e os sistema em que essas estão inseridas) e órgãos (econômicos, políticos, religiosos e outros).

A família é considerada, então, uma *instituição* e seus membros devem seguir normas e regras tacitamente acordadas nas sociedades. Algumas dessas regras de convivência terminam por ser previstas em leis. Por exemplo, a Constituição Federal brasileira de 1988 institui no Art. 229 que os pais têm como obrigação constitucional assistir, criar e educar os filhos menores e os filhos, quando mais velhos, têm o dever de ajudar e amparar seus pais no processo de envelhecimento e em situações que possam comprometer seu bem estar e sua dignidade.

Observa-se, como já dissemos, que a organização familiar varia no tempo e no espaço, podendo ser *nuclear ou elementar*: o homem, a mulher e seus filhos, que vivem em uma união socialmente reconhecida. Já a *família extensa* é composta por duas ou mais famílias nucleares, podendo incluir avós, tios, sobrinhos, afilhados e outros, indivíduos ligados por laços consanguíneos. Nessa relação, é considerado um dever dos membros mais velhos orientarem os direitos e deveres de cada indivíduo, para que possam manter a ordem em suas relações. Dentre outras configurações hoje mais raras na sociedade brasileira, está a *família conjugada ou conjugada fraterna*, cujos membros são ligados por laços consanguíneos e é composta por dois ou mais irmãos, suas esposas e seus filhos. Um tipo de família que muitas vezes encontramos é a chamada “*família fantasma*”, formada por uma mulher, seus filhos e o “fantasma” (o marido, que exerce somente o papel de pai biológico) sendo o papel de pai executado, por exemplo, pelo irmão mais velho da mãe (LAKATOS; MARCONI, 1999, p171 e 172, MARCONI; PRESOTTO, 2001, p.107 e 108).

A dissolução de um casamento ou de uma relação/união pode originar as “relações de adoção” ou famílias reconstruídas, composta pela madrasta, padrasto e enteado(s) (LAKATOS; MARCONI, 1999, p.171 e 172, MARCONI; PRESOTTO, 2001, p.107 e 108).

A família nuclear é comentada por Boudon e Bourricaud (2001, p. 242) a partir de duas abordagens, sendo a primeira a abordagem antropológica. Nessa perspectiva, a família nuclear é o sistema de parentesco mais primitivo, aquele formado pelo pai, mãe e filhos de menor idade. Na abordagem sociológica, a família nuclear é a família típica na perspectiva da sociedade industrial, sendo considerada um produto da divisão da família extensa em grande número de lares, cujas pessoas passam a determinar suas próprias normas de conduta. Essa divisão da família extensa teve suas consequências, e os autores dão como exemplo o “afrouxamento da solidariedade entre pais e aliados” (BOUDON; BOURRICAUD, 2001, p.242).

Giddens (2005, p.152-156) também comenta algumas perspectivas teóricas sobre como entender a instituição família. Na *abordagem funcionalista*, a família tem duas funções principais: a *socialização primária* (ensinar durante os primeiros anos de vida da criança as normas e a cultura da sociedade que esta criança está inserida) e a *estabilização da personalidade*, a partir da assistência emocional entre seus membros adultos, como o apoio solidário entre os cônjuges. No entanto, o que se observa nos dias de hoje, quando o assunto é, por exemplo, a violência doméstica, é que a função de estabilização dentro da família pode estar comprometida, enfraquecida ou mesmo invertida, à medida que pode fomentar intensa desestabilização emocional. A *abordagem crítica feminista* considera que os homens tinham mais benefícios que as mulheres e que isso é explícito também no âmbito doméstico, pois é nesse ambiente, o doméstico, que as mulheres são responsáveis pelos serviços do lar, pelos cuidados dos filhos e dos membros da família doentes, tendo essa mulher menos tempo para o lazer e menos poder dentro da família, quando comparada ao homem.

Novas perspectivas na sociologia da família surgem da abordagem feminista, estando suas preocupações e interesses, sobretudo nas mudanças na estrutura familiar, no aumento dos divórcios e das relações monoparentais (que muitas vezes sofrem desaprovação social e insegurança econômica) e no surgimento das “famílias reconstituídas” (um dos cônjuges tem filhos do casamento ou relacionamento anterior). Essas famílias “reconstituídas” podem gerar *benefícios*, como por exemplo, as *alegrias* pelo aumento do número de seus

membros (“crescimento da família”), à medida que os pais que estão se restabelecendo levam consigo filhos do casamento anterior; mas podem gerar também dificuldades, pois, por exemplo, o pai biológico, mesmo separado da mãe, ainda mantém influência sobre seu(s) filho(s), fazendo com que as relações de cooperação, união de experiência e a criação diferente terminem por causar tensão e desestabilização do núcleo familiar que está sendo formado. Beck e Beck-Gernsheim (*apud* Giddens, 2005)⁴ descrevem que as relações pessoais e do casamento estão em constante transformação, o que explica a tumultuada natureza dessas relações e, pelo casamento ter hoje características que antigamente não tinha, de união voluntária onde os cônjuges têm a liberdade de escolher, isso faz com que as pessoas se sintam mais livres e com o direito de opor-se à liberdade do outro. E mesmo com essa característica de certa instabilidade, o casamento e a vida familiar ainda hoje são considerados de extrema importância na vida das pessoas (GIDDENS, 2005, p.152 - 156).

A referida escolha “voluntária” do cônjuge talvez não seja, em verdade, algo pessoal, mas sim um fenômeno socialmente ditado, pois dois fatores costumam colaborar com a escolha do parceiro: a pretensão à hipergamia⁵ e os contatos e interações que a família pode proporcionar aos indivíduos. Se uma pessoa tem intenção de mobilidade social, escolher um cônjuge com *status* igual ou superior ao dele proporcionará essa mudança tão comumente cobiçada (BOUDON; BOURRICAUD, 2001, p.241).

Lakatos e Marconi (1999, p.172) e Marconi e Presotto (2001, p.1110) descrevem duas formas de relação entre os sexos: a *união*, que é a forma em que os indivíduos se juntam por “afinidade sexual” e o *casamento/ matrimônio*, que é a relação entre dois indivíduos que seguem regras e normas ditadas pela sociedade, criando direitos recíprocos entre eles e entre seus parentes. Existe uma dificuldade adicional de identificar as formas de casamentos, pois observamos várias formas de matrimônios, que, segundo Marconi e Presotto (p.112), são basicamente divididos em *permitidos* (não existe restrição na escolha do cônjuge), *preferenciais* (a pessoa tem que casar com alguém por afinidade), *obrigatório* (casamento com pessoa de determinada categoria, seja econômica, social, étnica, religiosa, social e outras) e *proibidos* (casamento não permitido com pessoas consanguíneas, que tem como objetivo evitar/proibir o incesto) (LAKATOS; MARCONI, 1999, p.175).

⁴ Beck, U. & Beck-Gernsheim E. **The Normal Chaos of Love**. Cambridge: Polity, 1995.

⁵ Preferir casamentos com pessoas de *status* social superior.

Na Constituição Federal brasileira de 1988, em seu artigo 226, a entidade familiar é considerada como a base da sociedade e que essa base é formada por um dos pais e seus descendentes, tendo essas pessoas uma especial proteção do Estado (BRASIL, 1988). Para gozar dessa proteção, os indivíduos têm que ter uma união estável e ou legalmente prevista (casamento) e os direitos e deveres devem ser exercidos com igualdade entre os gêneros.

Esse tipo de casamento monogâmico foi considerado após o século XIX como uma instituição que tinha como objetivo regular as relações sociais. E essa característica regulatória rígida, proposta ou imposta doutrinariamente pela Igreja, se torna evidente quando os impulsos passam ser mais controlados, e a sociedade passa proibir as relações extraconjugais, excluindo qualquer membro do casamento que optasse por esse tipo de relação, o marido ou a esposa, da “vida social oficial”. No entanto, também nesse século XIX (e nas primeiras décadas do século XX), o marido ainda detinha maior poder social, era mais influente socialmente do que a mulher, e sendo assim os “erros” do homem eram julgados com mais flexibilidade com relação aos “erros” da mulher (ELIAS, 1994 : p.187). Essa maior tolerância em relação aos homens que mantinham relações sexuais extraconjugais estava inserida no padrão de “dois pesos e duas medidas” na relação entre os gêneros pois, em relação às mulheres, as sanções sociais à “traição” eram (e ainda parecem ser em vários contextos) muito maiores (BOZON, 2004).

1.2.2 A estrutura patriarcal

Quanto aos deveres dos membros da instituição familiar consideramos importante citar algumas ideias de Castells (1999), que discorre sobre o patriarcalismo. O autor define o patriarcalismo como parte da estrutura das sociedades contemporâneas, e nessa estrutura o homem detém o poder no ambiente familiar. O relacionamento entre as pessoas nessa estrutura é marcado pela subordinação, dominação da mulher e dos filhos e pela violência (CASTELLS, 2008, p. 9 e 171). Tal estrutura inicia seu enfraquecimento com a luta das mulheres pela igualdade de gênero. E quando isso acontece, o enfraquecimento da família patriarcal, o homem, que até então era considerado o chefe da família, pode passar a experimentar sentimentos negativos que, muitas vezes, podem ser individualmente nocivos para seus relacionamentos interpessoais. Sentimentos como insegurança podem ter como

consequência a violência, no sentido de imposição de vontades à força, por meio de violência verbal, físico e sexual, entre e outros.

No Brasil, a figura jurídica de um “chefe de família” existiu legalmente até ano de 2002, pois na Lei nº3071 de 1º de Janeiro de 1916 ainda vigia e nela o marido era considerado o chefe da família e a mulher era aquele indivíduo que tinha como função “colaborar” no âmbito familiar (Artigo 233). Essa Lei foi extinta por meio da Lei 10.406 de 10 de Janeiro de 2002, que prevê que o poder sobre a família deve ser exercido pelo homem e pela mulher, e somente se uma dessas pessoas faltarem, o homem ou a mulher exercerá com exclusividade esse poder. Dispõe-se hoje no País, portanto, de um instrumento jurídico que rompe com o patriarcalismo legal que vigia anteriormente, igualando os direitos e deveres dos pares. Isto não significa, necessariamente, que na vida cotidiana a estrutura cultural patriarcal das relações familiares esteja abolida em todos os sistemas familiares. Dispõe-se, porém, no mínimo, de uma lei que pode catalisar demandas de igualdade entre os gêneros nesses sistemas.

1.2.3) A tendência à dissolução do patriarcado e como isso pode se associar à violência doméstica

O patriarcado, situação que está sendo extinta, aos poucos, do núcleo familiar é, no entanto, muitas vezes apoiada pela sociedade. E que por conta do controle social sobre o casamento, a família, muitas vezes, não consegue se desvencilhar do patriarcado.

Norbert Elias escreve como o exercício da sexualidade em certos momentos históricos era permitido apenas no casamento “socialmente legitimizado” (ELIAS, p.187), o qual dava origem à família nuclear, o que representa um efetivo controle social dos instintos e dos comportamentos dos jovens.

No século XVII, o casamento sofre transformação, o amor torna-se um sentimento esperado no casamento e passível de interferir nas escolhas dos cônjuges. Entretanto, a Igreja passa aceitar esse sentimento apenas no século XX como sendo o “fundamento do casamento”, sendo a relação sexual uma forma de expressar o amor no casamento (BOZON, 2004, p.33). Pouco antes, no século XVIII, o casamento na Igreja era considerado um vínculo que não poderia ser desfeito e era definido como único cenário que permitia a procriação, porém não permitia relação sexual com prazer, pois a igreja considerava os homens que buscavam prazer nas relações como “fornicadores”; o amor

também não poderia existir entre o casal, pois esse sentimento era considerado “perigoso e imoral” (BOZON, 2004, p.33).

Observa-se que a subordinação da mulher dentro do casamento, e seu menor poder social dentro das famílias, conforme inclusive previsto em leis ao longo do século vinte (BRASIL, 1916), mantém-se até os dias atuais, por mais que tenha sido intensamente enfraquecida pelas conquistas feministas. Isto é constatado quando entramos em contato com a necessidade de leis específicas que são empregadas para coibir a violência intrafamiliar (p.ex., Lei 11.340⁶) sobretudo aquela impetrada por homens que, com exacerbada frequência, ainda praticam atos violentos contra seus membros familiares (BRASIL, 2002).

Uma recente pesquisa sobre este tema (VENTURINI et al, 2010), realizada no mês de agosto de 2010, teve como amostra 1.181 homens e 2.365 mulheres com idade de 15 anos a 60 anos ou mais, moradores em áreas urbanas e rurais de diferentes regiões do Brasil. Esta pesquisa pontua a percepção de homens e mulheres das mudanças socioculturais no espaço público e privado, fazendo comparações entre o ano de 2001 e o ano de 2010. Observa-se que no ano de 2001, 3% das mulheres moravam sozinhas, e que em 2010 houve um aumento para 5% dessas mulheres. Nota-se também, o aumento do número de mulheres que mantêm financeiramente seus lares (VENTURINI, et al, 2010).

Essa pesquisa também aborda o que seriam “as piores coisas de ser mulher” . Em 2001, 61% das mulheres entrevistadas respondem que é a “violência contra a mulher” e no ano de 2010 ocorre a diminuição desse relato para 55% (VENTURINI, et al, 2010, p.13,43 e 236).

Esses dados deixam explícito o efeito da lei 11.340/06 na vida das mulheres que já experimentaram essa situação em alguma fase de sua vida ou que estão em situação de violência.

É ainda interessante citar alguns dados sobre as relações intrafamiliares, que mostram algumas possíveis permanências culturais. A maior parte das mulheres pesquisadas, 64% em 2001 e 50% em 2010, pensam que o homem deve ser mais experiente sexualmente que as mulheres. Em relação às decisões no ambiente familiar, 65% (2001) e 72% (2010) das entrevistadas pensam que as decisões importantes devem ser tomadas pelos homens. Quando se trata da satisfação sexual, 74% (2001) e 81%(2010) das mulheres pensam que a mulher deve satisfazer sexualmente o marido e se a mulher tiver algum tipo de relação extraconjugal

⁶

Lei Maria da Penha.

é “justo” que, por esse motivo, a mulher seja inserida na situação de violência (87% em 2001 e 93% em 2010) (VENTURINI et al, 2010, p.81).

O que observamos, nessa pesquisa, é que mesmo a mulher conquistando espaço fora e dentro de seu lar, ela ainda parece vivenciar resquícios do patriarcado, pois o homem percebendo a conquista tanto no espaço público e privado, da mulher, age de forma agressiva para “punir” e voltar a ter controle sobre “seus membros”, sendo essa reação muitas vezes aprovada e aceita pela sociedade.

Nesse sentido, Saffioti (2004, p. 72) descreve que, quando se trata de força física e verbal, a mulher sempre será “derrotada” pelo homem, muito embora não aceite a violência de forma passiva. Ela, “de uma forma ou de outra, sempre reage”, e quando ocorre a reação feminina diante da violência, a mulher tem que planejar essa reação, por não ter a mesma força física que o homem.

O lar deveria ser um ambiente protegido para a família, no entanto, analisando o lar na perspectiva sociológica, Giddens (2005, p. 7) descreve esse ambiente como sendo o âmbito mais perigoso da sociedade moderna, pois uma pessoa, independente da idade e do sexo, sofre mais violência física dentro do lar do que nas ruas no período noturno. Quando se trata da mulher em situação de violência doméstica, o autor explica que a violência ocorre porque o padrão de moralidade vem sendo modificado e as relações familiares estão em “crise”.

Boudon e Bourricaud (2001, p.239) mencionam que a organização familiar da sociedade moderna ainda passa pela “dupla subordinação”, termo instituído por Auguste Comte e definido como uma hierarquia ditada tanto pela idade quanto pelo sexo. Hoje, essa “dupla subordinação” encontra-se ameaçada com a evolução da vida social.

Observamos essa ameaça à subordinação pela idade, quando entramos em contato com notícias sobre pais sendo ameaçados e violentados pelos filhos, e idosos sendo agredidos de várias formas (agressões psicológicas, físicas, sexuais e outras). E quando se trata da ameaça em relação à subordinação entre os sexos, como já descrevemos no tópico sobre gênero e sexualidade, a mulher luta desde o século XIX para conquistar espaços de atuação na sociedade, e hoje observamos que muitas mulheres não estão somente dentro de suas casas com os afazeres domésticos, mas sim ocupando outros espaços na vida social.

Mesmo que os parentes muitas vezes se esforcem para manter o casamento, o vínculo conjugal tornou-se mais fraco, ocorrendo a possibilidade do divórcio. Esse processo

pode acontecer por vários motivos (adultério, esterilidade, incapacidade sexual, repugnância pessoal, negligência com a família, violência, abandono, doenças, desinteresses emocionais etc.), não ocorrendo, em geral, de uma forma que as pessoas considerem como “natural” ou sem perdas emocionais ou sociais (MARCONI; PRESOTTO, 2001, p.115).

A frequente dissolução dos casamentos/lares (divórcio) é a primeira situação que indica, segundo Castells (2008, p. 173), que as pessoas estão insatisfeitas com aquele modelo antigo de vida familiar, onde os membros da família aceitavam as regras e normas ditadas pelo patriarcado⁷.

Antes da possibilidade do divórcio, os cônjuges mantinham claramente uma relação de poder (exercido pelo homem) e segurança social e emocional (sentida, sobretudo pela mulher). Com a possibilidade do divórcio e dissolução do casamento, as pessoas passam a se sentir mais vulneráveis nesses aspectos. A possibilidade do divórcio pode gerar entre os indivíduos certa instabilidade emocional e econômica e, por esse motivo, muitas vezes as pessoas que estão passando por esse processo utilizam a força para se impor e ganhar respeito, como uma reação a estar perdendo seu *status* na relação familiar e estar sendo colocado em situação de vulnerabilidade social.

Como conclusão deste tópico, sintetizamos que a estrutura familiar está em constante mudança ao longo da história e seus significados para as pessoas dependerão da sociedade específica que se esteja considerando e de aspectos culturais complexos em que essas pessoas estão inseridas. Os padrões familiares antigos, em que as pessoas em geral estavam subordinadas aos mais velhos e ao sexo masculino, estão hoje fragilizados ou sendo desfeitos a cada dia. A instituição familiar em todos os momentos está sofrendo modificações e transformações quanto aos valores socioculturais a ela relacionados. Durante a análise e discussão do material empírico a ser feito nesta presente pesquisa, procuraremos estar atentos a todos esses aspectos.

1.3 AGRESSIVIDADE E VIOLÊNCIA

Os instintos são impulsos executados inconscientemente e que na visão do sociólogo Norbert Elias (1994, p. 190), se complementam, se substituem e se compensam, significando um “sistema parcial dentro do sistema total do organismo”, sendo então a forma

⁷

O homem é a autoridade da família e as pessoas que não são do mesmo sexo devem ser submissas.

com que eles são reproduzidos de extrema importância para o funcionamento social e do indivíduo (ELIAS, 1994, p. 190).

Um exemplo que desperta particular interesse nessa dissertação diz respeito ao instinto agressivo, algo considerado natural do ser humano, mas que se o indivíduo não canalizar e a sociedade não proporcionar meios para sua canalização, o indivíduo o liberará de forma violenta. Atualmente a violência é considerada como um problema de saúde pública pelo impacto que ela causa na saúde das pessoas que estão nesta situação e da sociedade que, de alguma forma, compartilha essa situação.

A palavra *agressivo* tem sua origem no latim. *aggrèdi* 'ir para, aproximar-se, brigar com, atacar' (HOUAISS, 2009) e refere-se àquelas pessoas com propensão para agredir, provocar, sendo considerada, a agressão, como uma forma de desequilíbrio que tem como característica a hostilidade.

Ainda quanto aos sentidos denotativos, o termo *agredir* tem como significado acometer, atacar, insultar, provocar, surrar, ofender e prejudicar, sendo o termo *agressão* conceituado como uma ação, seja ela de agredir, de atacar, de ofender e ou de insultar. Já a *agressividade* pode ser considerada como disposição que uma pessoa tem para agredir (MICHAELIS, 1998, p.81; BORBA et. al., 2004, p.38).

Norbert Elias (1994, p. 192), em sua análise do processo civilizatório, refere que ainda recentemente (em termos históricos), no século XIII, não havia leis para punir atos agressivos, sendo a única situação que gerava medo no indivíduo era ser vencido por adversários mais fortes, sendo, portanto, altamente incerto o futuro das pessoas nessa época.

As explosões de crueldade, como matar e torturar, eram socialmente permitidos e essas explosões de agressividade através da violência não excluía seus autores da vida social. Neste mesmo século XIII, a sociedade tinha um papel indispensável na *estimulação* de seus membros para que pudessem liberar sua agressividade (ELIAS, 1994, p.192), sendo essa situação algo contrário ao que é esperado e ao que ocorre atualmente em nossa sociedade, que seria o *controle* desse instinto para que não seja manifestado através da violência.

Observa-se que o indivíduo no século XIII vivia em um ciclo de violência, pois ao mesmo tempo em que era por vezes vitorioso, ele estava em perigo e a sociedade direcionava e estimulava seus membros para a crueldade, por algum motivo naquela época isso parecia vantajoso (ELIAS, 1994, p. 192). No século XX, segundo o autor, o modelo de agressividade vigente não mais tem as características de antigamente, pois a agressividade

cotidiana, que pode parecer muito intensa atualmente, de certa forma desaparece quando comparada com o que ocorria nas sociedades mais antigas (ELIAS, 1994, p.190).

A agressividade é evidenciada e avaliada de acordo com o comportamento do indivíduo, se a pessoa é hostil e tem em suas relações características destrutivas com si mesmo e com outros, ela é denominada como agressiva e esse comportamento sempre estará relacionado com a ação do pensamento ou imaginação (BOCK, 1999, p.330).

Do ponto de vista psicobiológico, Dalgarrondo (2001, p.176) pontua a existência de estruturas cerebrais (córtex pré-frontal, hipotálamo e amígdala) intimamente relacionadas aos processos cerebrais responsáveis por julgamentos e comportamentos morais.

Gazzaniga e Heatherton (2005, p. 293, 330 e 331) escrevem que a *amígdala* gera reações emocionais e comportamentais imediatas, e pessoas com lesão nesse local, apresentam detrimento no condicionamento do medo. O *córtex orbito-frontal* é uma estrutura envolvida no relacionamento interpessoal, e pessoas com lesão agem insensivelmente à emoções dos outros, têm dificuldade de controlar as emoções, estando as lesões nesse local intimamente associadas à agressão e a violência. Já as lesões no *hipotálamo* têm como consequência irregularidades motivacionais na agressão, no comportamento sexual e outros, sendo que lesões em diferentes áreas do hipotálamo estão relacionadas à agressão ofensiva e defensiva.

Importante descrever também a perspectiva da psicanálise que pontua a agressividade como uma característica do indivíduo, mas que sofre influência da cultura e da sociedade em que está inserido, sendo importante o estabelecimento de vínculos afetivos entre as pessoas, pois esses vínculos auxiliariam a que o indivíduo possa canalizar e controlar seu comportamento hostil (BOCK, 1999, p. 331).

A agressividade humana pode ser considerada como tendo seu início no nascimento, com os choros de raiva durante a sucção. Com 1 ano e 6 meses, a criança já libera sua agressividade por meio de comportamentos mais elaborados (quebra de brinquedos, toma brinquedos e sai correndo e outras situações). Já na adolescência, a agressividade será inclusive importante para a maturação biológica do jovem. Em todas as fases da vida, esse instinto, é necessário e essencial para o desenvolvimento humano e a sociedade possui papel importante na sua canalização (COLE, 2003, p.4 e 419).

O controle do impulso agressivo tem seu início na infância, fase em que a criança é socializada para reprimir e não expressar descontroladamente essa força psíquica. A

família e a sociedade são significativamente importantes na orientação do indivíduo para a canalização de sua agressividade, pois têm como papel criar condições adequadas para que a agressividade não se manifeste na forma de violência (BOCK, 1999, p. 331).

Bock (1999) escreve que para que esse instinto não seja manifestado por meio de violência, isso dependerá de como o indivíduo consegue canalizá-lo e, também, de como as pessoas dentro da sociedade contribuem para que seja possível exteriorizar ou interiorizar a agressividade; essa interiorização ou exteriorização da agressividade dependerá desse controle social (BOCK, 1999, p. 331).

A teoria da aprendizagem social (BANDURA, 1977) postula que comportamentos e crenças são transmitidos de geração para geração por meio da aprendizagem que ocorre como resultado das experiências, bem como das observações dos outros. No caso da violência intrafamiliar este é um possível modelo explicativo, tanto para quem está no papel de agressor, quanto no de vítima. As filhas, que cresceram em um lar, assistindo seus pais agredirem suas mães. Os filhos, que também assistiam seus pais agredirem suas mães. Obviamente, que isso pode não acontecer para todas as pessoas, mas é uma possível explicação para o ciclo da violência.

Ainda em relação a possíveis determinantes da violência, é válido comentar o fenômeno da multigeracionalidade ou intergeracionalidade, em que a violência é transmitida de geração para geração, no mesmo sentido da teoria acima, e que os autores da área discutem como um dos determinantes dos comportamentos agressivos de homens contra suas parceiras. A intergeracionalidade é entendida como a transmissão de comportamentos ou padrões de comportamento entre membros de uma família ao longo de gerações (WEBER et al, 2006). Esta transmissão, não se manifesta instantaneamente, mas ao longo do tempo. Desta forma, as crianças, em sua vida adulta, tendem a reproduzir o padrão comportamental ao qual foram expostos.

Podemos considerar em relação à violência doméstica, dois tipos de exteriorizações reativas ligadas aos impulsos agressivos, uma “positiva” e uma “negativa”. A primeira seria uma situação onde a pessoa “lança-se” para recuperar-se de um trauma, conquistando o que deseja. A segunda poderia ser aquela que deixa marcas, a pessoas se tornam hostis diante da outra. Um exemplo quanto à primeira possibilidade é uma mulher em situação de violência doméstica que consegue transformar sua agressividade em força de recuperação de suas perdas (por exemplo, da autoestima e das ilusões em relação ao seu

cônjuge) e, para a segunda, uma resposta de vingança e que pode ser até mais violenta em relação à violência realizada pelo parceiro.

Saffioti (2004, p.72) descreve que nem todas as mulheres sofrem passivamente a violência cometida por seus parceiros. Comentando situações extremas, a autora cita o “femicídio”, que é a feminilização da palavra homicídio, ato executado pelo parceiro, que pode ou não ser planejado, ao passo que o “homicídio” requereria um planejamento, pois seria quase certa a derrota da mulher quando em confronto físico direto com o homem (SAFFIOTI, 2004, p. 73).

Bock et al. (1999, p. 31) explicam que a agressividade pode ser executada de duas formas, consciente e inconsciente. Na primeira as pessoas têm conhecimento do que estão fazendo, agem voluntariamente e premeditam seu ato. E a outra forma, segundo a autora, é a ação inconsciente, que ocorre de forma involuntária e irracional (a violência é destinada a alguém que não tem culpa, exemplo seria uma discussão com o chefe ou com um amigo de trabalho, mas quem é violentada fisicamente é a esposa e ou os filhos) (BOCK et. al, 1999, p.31).

O termo violência surge no século XIV e tem sua origem no latim *violentia,ae* 'violência, impetuosidade', que pode ser conceituada como uso ilegal de força ou poder, aplicação de força física ou intimidação moral contra outro ou constrangimento físico ou moral de um indivíduo, que tem como objetivo obrigar a pessoa que foi violentada a submeter-se à vontade da pessoa que violenta (HOUAISS, 2009). No Moderno Dicionário de Língua Portuguesa (MICHAELIS, 1998, p. 2205) a palavra violência é definida como qualidade daquele que atua com força ou com impulso intenso, com finalidade de coagir física e ou moralmente, situação que obriga a pessoa submeter-se a vontade da outra. O violentado é a pessoa ou coisa que foi constrangido, forçado ou infringido; a palavra violentar é definida como exercer a violência contra alguém, seja ela física ou moral. Já o violento é aquela pessoa que age com força, é impetuoso, é caracterizado pelo emprego de violência ou força brutal. Hornby (1963, p. 1704) traz o conceito de violência no Dicionário Oxford, como comportamento impetuoso que é destinado a causar ferimento ou morte, ou também uso de força física ou emocional.

Lalande (1996, p.12) conceitua a violência como uma ação produzida com força para derrubar obstáculo, de forma ilegal. Já o termo violento significa algo que é exercido com força impetuosa, contra o que está causando obstáculo.

Boudon e Bourricaud (2004, p. 606) caracterizam a violência como uma condição social e não natural, sendo importante, segundo esses autores, perceber a diferença entre violência e força. Os autores narram que a aplicação aos delinquentes e aos violentos de penas que proíbem o uso da força é a única proteção contra a violência, contra a exploração dos fracos e contra o desprezo da lei comum.

A violência pode surgir de três formas, segundo os autores. Primeiro quando existe a perda de controle ou da consciência em um indivíduo ou grupo não socializado adequadamente; segundo quando ocorre liberação aguda das pulsões originárias (aqui, em sentido próximo a instinto, tal como abordado anteriormente); terceiro quando utilizada como forma de poder onde os mais fracos/ submissos ficam à disposição das pessoas que tem o poder.

Outhwaite e Bottomore (1996, p. 83) escrevem que não existe consenso na definição de violência, pois esse conceito é por demais pujante para que tenha uma definição padrão, pois a violência é considerada como um dos piores problemas ou o pior dos problemas que estamos vivenciando atualmente. Os autores ainda ressaltam que no senso comum, a violência é considerada como qualquer agressão física contra outro, com intenção de causar dano, dor ou sofrimento. No entanto não é interessante, segundo os autores, descrever a intenção como o ponto chave para a definição de violência, pois nem sempre temos a intenção de violentar (OUTHWAITE; BOTOMORE, 1996, p 83).

Um exemplo interessante citado pelos autores para explicar o parágrafo acima é a anestesia e a tortura. A anestesia não é considerada violência, pois mesmo causando inicialmente dor, e podendo ocasionar perdas (ex. neurológica), é utilizada para o bem estar e resolução do problema da pessoa que é submetida a esse procedimento. Já a tortura é considerada violência, pois o sofrimento infringido é direcionado para benefício do torturador.

A violência, segundo Krug et. al. (2002, p.5), é o uso da força física e do poder, ameaçar ou praticar o ato contra si próprio ou contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que possa ou não resultar em sofrimento, morte, danos psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação. Essa agência explica que quando se utiliza a palavra “poder” para completar a frase “uso de força física”, amplia-se a natureza do ato violento, expandindo a compreensão relativa à violência, incluindo nessa somatória atos que resultam do relacionamento do poder (ameaças e intimidações). Já “o uso de poder” inclui atos de negligência e omissão. Quando somado, como exemplos o “uso de força física e

poder” podem ser citadas a negligência e as violências, sejam elas física, sexual, psicológica, o suicídio e outras autoagressões (KRUG, et.al., 2002, p.5).

A definição de violência descrita por esses autores (KRUG et.al., 2002, p.5) coloca a intencionalidade como um fator que está intimamente ligada ao ato e isso independe do resultado produzido.

Minayo (2006, p.15-23) escreve que o maior obstáculo para definir violência constitui-se em razão de ser um “fenômeno” subjetivo que possui manifestações intensas para quem vive, para quem a perpetra e para quem a presencia. A autora apresenta o conceito de violência sob duas perspectivas; na perspectiva *popular* e na perspectiva *erudita*. A primeira, a *visão popular*, define que no inconsciente das pessoas a violência é parte inerente da vida social e também consequência das relações entre as pessoas, da comunicação e dos conflitos de poder existente na sociedade. Engloba aqui, o “crime” e a “delinquência”, que são os tipos de violência que não são tolerados pela sociedade por ferir a “moral fundamental” das pessoas.

Na *visão erudita*, a violência passa ser o “emprego ilegítimo da força física, moral ou política” quando as pessoas dentro de uma sociedade reconhecem que o indivíduo tem seus direitos. Nesse sentido, segundo a autora, o indivíduo demonstra sua transformação social e seu “progresso democrático” quando atribui caráter proibitivo para a violência, ou seja, quando o indivíduo demonstra “um status superior da consciência social a respeito dos direitos dos indivíduos e de coletividade” (MINAYO, 2006, p.17).

Um exemplo de atos violentos que não eram assim considerados pela família e pela sociedade é a “educação patriarcal”, em que o pai justificava as agressões contra, por exemplo, sua filha, como algo importante para seu bem estar porque visavam à melhoria de sua postura como mulher para o futuro. Minayo, em seu livro *Violência e Saúde* (2006), escreve que “pais e mães ainda hoje persistem em abusar física e emocionalmente dos filhos por tradicionais e seculares razões ditas pedagógicas” (p. 23).

É válido também considerar os organismos sociais que muitas vezes legitimam e estimulam a violência. Segundo Bock (1999, p.31), tal a estimulação ocorre no “incentivo às competições” que são efetivadas nas escolas (competição esportivas, competição do mais esperto ou mais inteligente) e na violência contra a mulher podemos exemplificar essa estimulação quando a sociedade promove divisões de trabalho como tipicamente femininos (por exemplo, a enfermagem) ou tipicamente masculinos (por exemplo, a engenharia).

A violência contra a mulher, em específico, pode ser vista como seguindo um ciclo composto de três fases, o que é sugerido no manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a, p.25) sobre o tema. Sugere-se que conhecer esse ciclo é importante para que possamos ajudar a(s) pessoa(s) nessa situação e para identificar e impedir que a violência se refaça. A primeira, segundo o Ministério da Saúde, é a fase da *construção da tensão no relacionamento*, essa fase tem sua duração indefinida, a pessoa em situação de violência tenta acalmar seu (a) agressor (a), os incidentes são menores, a pessoa acredita que pode fazer com que a raiva de seu agressor não apareça. Já na segunda fase ocorre a *explosão da violência-descontrole e destruição*: o relacionamento se torna impossível de ser administrado, passando ser uma relação de descontrole e destruição; fase com duração mais curta, a pessoa em situação de violência pode provocar os incidentes e isso ocorre por não tolerar mais o medo, a raiva e a ansiedade gerada nesse processo. E a terceira fase que é a *lua de mel/arrependimento do (a) agressor (a)*: nessa fase o (a) agressor (a) expressa arrependimento e medo da perda da pessoa que foi agredida, faz promessa e juramentos, pede/implora perdão, demonstra de forma intensa seu perdão e sua paixão (BRASIL, 2005a, p.23-25).

Anthony Giddens (2005, p.189) pontua que o crime e a vitimização não estão distribuídos ao acaso em nenhuma sociedade, existindo uma probabilidade maior dos homens cometerem mais crimes em relação às mulheres.

Essa situação, probabilidade maior de crime dos homens em relação às mulheres, poderia ser decorrente das diferentes socializações de “meninos e meninas”? Esse questionamento refere-se à nossa socialização quando crianças, como meninos e meninas, pois o menino adquire brinquedos como motos, carros, armas e dentre outros, sendo esses presentes objetos que explicitam a masculinidade; já a menina, quando criança, ganha bonecas, fogão e outros objetos parecidos com o ambiente doméstico, para que possa aprender a ser uma mulher com características desejadas pela sociedade (cuidadora, mãe, esposa, delicada e dedicada).

Quando adultos, os indivíduos que tiveram a “socialização patriarcal”, que é aquela que prescreve que o homem é o dominador e a mulher a dominada, o homem é o provedor, a mulher a pessoa cuidadora do lar e dos filhos, essa socialização pode permanecer em seu relacionamento interpessoal, podendo fazer com que esses indivíduos do gênero masculino ajam de forma violenta em situações em que percebem sua perda de controle e autoridade.

Como conclusão desse tópico, pontuamos a importância da socialização primária (mãe e pai) e secundária (escola e igreja) para prevenção da violência intrafamiliar, sendo essas organizações as responsáveis pela orientação de seus membros para canalização da agressividade, que é um instinto do ser humano que pode ser manifestado por meio da violência física, verbal, psicológica e ou sexual. Devemos também, pensar a respeito da socialização de meninos e meninas, para que não seja colocado como regra que o homem é o “macho”, forte, dominante e ativo em suas relações sociais e sexuais e a mulher é a pessoa frágil, procriadora, protetora de seus filhos, porém passiva em suas relações.

Para que a prevenção da violência possa acontecer, pensamos que seria importante que os organismos que fazem a socialização primária (pai e mãe), secundária (escola e igreja) e terciária (mídia), coloquem primeiramente em prática o consenso internacionalmente assumido pelas nações contemporâneas que, ao nível erudito, está expresso no Artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que prescreve: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”.

Sendo assim, as pessoas na sociedade deixariam de ditar papéis como femininos e masculinos, o que muitas vezes pode estimular a violência.

1.4 VIOLÊNCIA E SAÚDE

Procuramos pontuar a seguir a relação da problemática social da violência com a saúde, indagando-nos quais seriam as consequências da violência para a saúde das mulheres em situação de violência, das pessoas que estão de alguma forma envolvidas e também para o trabalho dos profissionais do setor saúde. Comentaremos a importância do entendimento dessa condição como um agravo para a saúde para as pessoas e também de visualizar essa problemática social como devendo fazer parte do setor saúde, em particular da saúde pública.

Inicialmente, comentamos a etimologia do termo saúde como uma forma de sugerir sobre que bases culturais progrediram os acréscimos de significado que tal termo sofreu ao longo dos últimos séculos. A palavra saúde no idioma português surge no século XIII e tem sua origem no latim *salus, útis*, “salvação, conservação (da vida)”, referindo-se então ao equilíbrio dinâmico entre o organismo e o ambiente, sendo este equilíbrio

responsável em manter as características estruturais e funcionais do organismo dentro dos limites normais no ciclo vital (HOUAISS, 2009).

Na década de 40 do século XX o termo saúde foi conceituado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que coloca o indivíduo saudável em “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1996).

A Carta de Ottawa⁸ apresentou um conceito ainda mais amplo e positivo de saúde: uma situação constituída pelos cuidados que a pessoa dispensa para si mesmo e para outros, pela capacidade de tomada de decisão a respeito de sua vida e pela capacidade de manter sob controle/vigia cada momento de sua vida (OMS, 1986).

Essas definições de saúde nos fazem pensar que a pessoa em situação de violência poderá apresentar alteração em sua qualidade de vida, alteração do “equilíbrio dinâmico entre o organismo e seu ambiente” e, principalmente, terá dificuldades de tomar decisões e cuidar de si mesmo, pelas complicações e consequências que essa situação ocasiona.

O Ministério da Saúde brasileiro (Brasil, 2005b, p.10) direciona essa situação como sendo um problema social e histórico, tratando-se de uma problemática que acompanha a humanidade em toda sua existência e que essa situação sofre mudanças de acordo com a época e sociedade em que estamos inseridos.

O impacto da violência no ser humano enraíza-se no tecido sociocultural e econômico da vida. Esse impacto, segundo Dalhberg e Krug (2007, p.02), é impossível ser plenamente qualificado e quantificado, à medida que em boa parte refere-se ao sofrimento e à dor causados pela vivência da situação. De todo modo, a experiência da situação de violência tem como consequências inúmeras complicações (como os traumas físicos e psicológicos) à pessoa nessa situação, o que indica a importância da violência ser efetivamente explorada pelo setor saúde (DALHBERG; KRUG, 2007, p.02).

A violência tem consequências acentuadas para a saúde e para a vida social da pessoa que está vivenciando essa situação. Uma dessas consequências, citada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e pela Organização Pan Americana da Saúde, é a “vergonha” da situação, pois estar inserida nessa situação frequentemente se caracteriza

⁸ Esse documento foi apresentado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Ottawa, Canadá, em 1986.

como invasão da intimidade, negação de seu alvedrio e de sua integridade (BRASIL, 2005b, p.129). Frequentemente também há o sentimento de culpa envolvendo essa condição, e também em geral as mulheres nessa situação percebem como é difícil e duro o caminho a ser percorrido para sair da violência.

A repercussão da violência para a vida/saúde das pessoas não é portanto de todo mensurável, por incluir tais aspectos altamente subjetivos.

Porém certamente algumas consequências já podem ser mensuradas. Citamos por exemplo o trabalho de Cassado, Galo e Williams (2003), que realizaram um estudo piloto com cinco mulheres com a idade entre 21 anos e 55 anos, que fizeram denúncia na Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) na cidade de São Carlos-SP. Os autores observaram a ocorrência de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e depressão nas entrevistadas (CASSADO; GALO; WILLIAMS, 2003).

Oliveira et al (2009) descreveram o impacto da violência para saúde da pessoa e pontuaram que quando os sinais de tais problemas forem identificados, eles devem ser efetivamente investigados pelo profissionais do setor saúde. São eles, segundo as autoras, “transtornos crônicos, vagos (inespecíficos dentro da nosografia médica) e repetitivos, entrada tardia no pré-natal, companheiro demasiadamente atento, controlador e que reage se for separado da mulher, infecção urinária de repetição (sem causa encontrada), dor pélvica crônica, síndrome do intestino irritável, transtornos da sexualidade, complicações em gestações anteriores, abortos de repetição, depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, história de tentativa de suicídio ou ideação suicida, lesões físicas que não se explicam como acidente” (OLIVEIRA et al, 2009, p.1043).

É válido lembrar do custo econômico que essa situação gera para a sociedade. Segundo os autores Dalhberg e Krug (2007, p.02), existe um o custo alto da violência para o mundo, envolvendo anualmente extensos gastos e despesas para o atendimento à pessoa em situação de violência. São calculados, sem exatidão, no setor saúde, dispêndios que ultrapassam bilhões de dólares (DALHBERG; KRUG, 2007, p.02).

Quando analisado esse custo da violência no Brasil, ele se torna um sério problema para o setor saúde devido aos gastos por atendimento emergencial, assistencial e de reabilitação, que estão crescendo a cada ano (BRASIL, 2005b, p. 10).

O setor saúde também encontra dificuldades na elaboração de estimativas de ocorrência dessa situação, pois muitas vezes ela não vem acompanhada de lesões ou a mulher

não comparece aos serviços do setor saúde para ser atendida. E isso impossibilita calcular com exatidão a situação, tanto em nível nacional como internacional.

Ademais, para que ocorra uma abordagem ampla relativa à prevenção e ao tratamento das consequências dessa situação, é necessária a elaboração e implantação de políticas públicas específicas e a organização de práticas e serviços inerentes a esse setor (BRASIL, 2005b, p.11), requerendo capacitação constante dos profissionais da saúde.

É necessário, segundo Saliba et al (2007, p.473 e 476), a notificação dos casos de violência, pois a notificação auxilia no dimensionamento epidemiológico, auxiliando na criação de políticas públicas para prevenção da situação e permitindo que a situação seja conhecida pela sociedade. Os autores, porém, pontuam que o setor saúde tem como função, quando o assunto é violência, capacitar seus profissionais para o atendimento e não assumir a responsabilidade no combate da violência (SALIBA et al, 2007, p.476), algo que eminentemente se relaciona a outros setores da sociedade.

Quanto à notificação, o que se observa com frequência é a subnotificação que ocorre no setor saúde, quando o assunto é a mulher em situação de violência. Essa subnotificação advém do fato dos profissionais desse setor terem medos e receios, com relação ao atendimento da mulher em situação, que segundo Monteiro, Cabral e Jodelet (1999, p. 162) o sentimento muitas vezes pode relacionar-se ao entendimento dessa situação como algo da esfera privada.

O efeito disseminado dessa situação não ocorre somente na organização prática do setor saúde e para pessoa que está vivenciando a situação, como vimos acima. Essa situação pode originar complicações até mesmo para os profissionais que atuam nesse setor, pelo medo, ameaças, danos físicos e psicológicos que essas profissionais estão vivenciando ou podem vivenciar, (MINAYO, 1994, p.13).

O setor saúde tem como um de seus objetivos, quando o assunto é atendimento/tratamento da pessoa em situação de violência, elaborar planos para prevenção primária, secundária e terciária, promovendo também, assim, a saúde das pessoas. Estando, essa temática, inerentemente ligada à área da saúde, por participar das questões e relações sociais de um modo geral (MINAYO; SOUZA, 1998, p.08).

Uma das maiores dificuldades encontrada e um dos maiores esforços realizados pelos pesquisadores, atualmente, é tornar esse assunto visível em toda sociedade. Para que

isso ocorra, é importante mostrar a importância desse mote e inseri-lo efetivamente no campo da saúde (SCHRAIBER; OLIVEIRA; COUTO, 2009).

A violência deve ser arquitetada como objeto de conhecimento técnico-científico. Assim, Schraiber, Oliveira e Couto (2009) pontuam que tal conhecimento gera em pouco tempo processos de acompanhamento individual e de saúde pública, sendo que o planejamento das ações resultantes deve conter a prevenção e promoção da saúde.

Esse assunto torna-se uma temática para o setor saúde por duas situações: pela necessidade de atendimentos, incluindo ao nível médico hospitalar, pois a pessoa nessa situação tem modificações negativas em sua qualidade e capacidade de vida, ocorrência de lesões, sejam elas físicas, psicológicas ou morais. Segundo, por ser uma situação que necessita de abordagem intersetorial, onde o campo médico e social irão se complementar (MINAYO, 2004, p. 01).

Quando se trata da visualização da violência na área da saúde pública, observe-se que esta área tem como objetivo trabalhar com um grande número de pessoas, em sua totalidade, examinando e investigando acerca de sua ocorrência e seus fatores de risco, unindo dados acerca do assunto em todos os níveis (local, nacional e internacional) (DALHERG; KRUG, 2007).

Atualmente, esse setor da saúde pública vem se esforçando para adaptar-se, através de equipamentos e recursos humanos, para assim subsidiar serviços de atenção na prevenção da violência, mas também passando pela “sensibilização e (...) avanço da consciência social” (MINAYO, 1994, p.15). Entende-se que quando trabalhada de forma interdisciplinar e intersetorial, área da saúde pública torna-se efetiva para responder às situações de agravo à saúde da coletividade (KRUG et al., 2002, p.25 e 26)

Como conclusão desta subseção, referenciaremos Schraiber, Oliveira e Couto (2006), que citam o quão será interessante intensificar a elaboração de pesquisas acerca do assunto violência e saúde, visando uma (re) orientação e organização dos serviços de saúde, pois, segundo as autoras, esse tema, violência e saúde, encontra-se em momento ainda inicial de abordagem no campo científico (SCHRAIBER; OLIVEIRA; COUTO, 2006).

Diante disso, acreditamos também na importância da violência ser explorada no campo da saúde/saúde pública, pelos resultados e complicações que essa situação causa, não somente na vida da pessoa e dos profissionais que estão envolvidos de alguma forma

nessa situação e sim todo seu contexto, econômico, político e social, em que violência está inserida.

1.5 INTERDISCIPLINARIDADES, MULTIPROFISSIONALISMO E INTERSETORIALIDADE NO ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.

A interdisciplinaridade, o multiprofissionalismo e a intersetorialidade são, ao nosso ver, modos de pensar e agir importantes no setor saúde para que os profissionais consigam abordar de forma mais ampla e com efetividade a problemática da mulher em situação de violência. E a partir do momento em que os profissionais desse setor aderirem a esses modelos de trabalho, haverá um caminho aberto para superar a fragmentação que ocorre, muitas vezes, no atendimento da mulher nessa situação.

Deste modo, para que ocorra o atendimento integral às mulheres em situação de violência doméstica é importante colocar em prática a interdisciplinaridade, multiprofissionalismo e intersetorialidade, o que veremos no decorrer deste tópico.

Oliveira et al. (2009, p.1040) dizem que os temas complexos e interdisciplinares, que aqui descreveremos acerca da violência doméstica, necessitam da abordagem multiprofissional e intersetorial. Além disso, segundo as autoras, a mulher em situação de violência doméstica, deve ser o foco da atenção e deve participar das tomadas de decisões a respeito de seus cuidados (OLIVEIRA et al. 2009, p.1040), o que introduz também a necessidade de se lidar com os saberes não reificados cientificamente. Talvez a mescla resultante desses saberes seja algo que facilite uma práxis relacionada à chamada integralidade do cuidado.

Observe-se que a palavra integral tem origem no latim *intèger,gra,grum* 'não tocado, não danificado', que significa “a que não falta nada essencial” (HOUAISS, 2009). A proposta a que essas autoras, citadas no parágrafo precedente, se referem é, portanto, de procurar considerar o que haveria de *essencial* no complexo fenômeno da violência doméstica, evitando abordá-lo somente em seus aspectos secundários ou parciais.

A ideia de “atendimento integral” é uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo mencionada na Constituição Federal de 1988 no seu artigo de número 198, que expõe ser uma diretriz organizadora dos serviços públicos o “atendimento

integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”.

Segundo Pinheiro et al. (2007, p. 348) a integralidade é uma união organizacional de práticas, que tem como desafio alcançar os mais complexos níveis de saúde, sendo que, para superar esse desafio são importantes ações sociais conjuntas.

Gomes e Delandes (1994, p.4) consideram a integralidade como “tecnologia que pode garantir a expansão de práticas operatórias comprometidas com a transformação do real em objetividade, ou seja, garantindo assim a essência da ciência e de sua lógica de funcionalidade”.

O Decreto nº 48.495 de 5 de julho de 2007, que instituiu o “Programa de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher”, não cita explicitamente as palavras interdisciplinaridade, multiprofissionalismo e intersetorialidade, porém pontua em seu artigo 4º que ficam assegurados à mulher em situação de violência doméstica e familiar a assistência jurídica, a assistência médica, social e psicológica, e o acesso aos procedimentos necessários e cabíveis nos casos de violência sexual. Essas mulheres e seus filhos menores de 14 anos devem ser acolhidos em casas-abrigo (locais sigilosos) quando expostos às situações de risco de morte. As mulheres servidoras públicas têm também o direito que seus processos de afastamento ou transferência de unidade de lotação sejam agilizados em caso de violência doméstica e familiar em que estejam em situação de risco.

O modelo interdisciplinar no Campo da Saúde Coletiva favorece a inclusão de várias disciplinas sociais (Antropologia, Sociologia, Geografia e História), sendo que essas disciplinas auxiliaram na interpretação da “origem e persistência de doenças endêmicas ou epidêmicas em determinados grupos populacionais” (LUZ, 2009, p.308).

Gomes e Deslandes (1994, p.9), em seu artigo que abordam a interdisciplinaridade com ênfase na Saúde Pública, descrevem-na como um método que exige a consciência dos campos de saberes acerca de seus limites e potencialidades para que “possa haver uma abertura em direção de um fazer coletivo”.

A interdisciplinaridade tem como ponto chave “exceder a mera aproximação das contribuições disciplinares”, proporcionando a interação entre especialistas de diferentes áreas do conhecimento científico, “uma vez que se reconhece a insuficiência de contribuições que se mantêm restritas à dimensão disciplinar” (CASTRO; FONTANELLA; TURATO, 2011 p.1028).

Giovanella et.al. (2009, p. 3) pontuam que a articulação intersetorial, quando o assunto é violência doméstica, é importante para que ocorra promoção da saúde. As autoras abordam em seu artigo as ações entre setores, sendo para nós chamativo quando afirmam que os profissionais enfermeiros aderem em maior número às ações intersetoriais, quando comparados aos outros profissionais do setor saúde. Porém, de alguma forma, os profissionais desse setor, de um modo geral, estão aderindo à prática da intersetorialidade em busca de soluções para assuntos complexos, com o objetivo de obter respostas articuladas e integradas para os problemas que enfrentam. Na tabela 5 de seu artigo mostram essa adesão que vem ocorrendo, porém observam que isso vem acontecendo de forma branda. Quanto às capitais estudadas, em Vitória e Aracaju respectivamente 58 % e 53% dos enfermeiros aderem mais as ações entre setores. Quando se trata dos agentes comunitários de saúde (ACS) esses aderem mais em Aracaju (50,7%) e em Vitória (48,0%). Já quanto aos profissionais médicos, foi observado que esses profissionais aderem mais em Florianópolis (41%) do que em Vitória (37, 1%). E, por fim a aderência à intersetorialidade, dos auxiliares/ técnicos de enfermagem, é maior em Vitória (34,9%) e em Aracaju (33,3%).

Oliveira et al. (2009, p. 1048) mostram que a rede intersetorial possui divergências internas que necessitam ser suplantadas, referindo-se às “definições e enquadres dados ao problema”. As autoras pontuam que em cada instituição que a situação de violência é atendida, ela pode ser visualizada de maneira diferente, como por exemplo, como decorrência de doença, crime, miséria ou conflito de gênero. Para garantir a oportunidade da realização de um projeto assistencial comum, as autoras acentuam que os locais/instituições que atendem as mulheres em situação de violência podem e devem realizar determinadas ações, e essas mulheres atendidas podem ser inseridas novamente à suas vidas pelo conjunto de profissionais e instituições existentes (OLIVEIRA et al., 2009, p. 1048).

Para Gomes e Deslandes (1994, p. 8) a violência é considerada como “processo social complexo”, sendo desta forma importante e necessária a abordagem interdisciplinar, por ser uma situação que articula aspectos biológicos, culturais, econômicos, psicológicos e sociais. Chraiber, Oliveira e Couto (2009) também citam a necessidade da abordagem interdisciplinar, quando o assunto é violência de gênero e/ou a mulher em situação de violência.

Dalhberg e Krug (2007) alegam que quanto à violência, por ser um assunto que se fundamenta em várias áreas (epidemiologia, sociologia, medicina, psicologia criminologia,

educação, economia e outras), sua redução e prevenção se torna possível quando realizada em uma abordagem interdisciplinar.

Para uma melhor compreensão da problemática violência são importantes ao menos três campos de conhecimento: ciências sociais, psicologia e epidemiologia (MINAYO; SOUZA, 1998, p. 522-525). Importante também não caracterizar a violência como uma situação endêmica que pode ser abordada somente pelas práticas tradicionais da epidemiologia, o que seria ideia reducionista da situação, pois essa situação deve ser versada, segundo as autoras, de forma interdisciplinar e multiprofissional (MINAYO; SOUZA, 1998, p. 522-524).

É importante lembrar também que o esforço interdisciplinar só tem sentido no terreno prático se os profissionais da saúde tiverem apoio/colaboração intersetorial, interinstitucional e da sociedade civil, sendo que as disciplinas e teorias envolvidas devem manter uma congruência de linguagem e métodos para que o objetivo proposto possa ser atingindo (MINAYO; SOUZA, 1998, p.528 e 529).

Neste mesmo sentido, considera-se que, para que haja uma evolução nos estudos sobre violência e saúde é importante, segundo Schraiber, Oliveira e Couto (2006), visualizarmos o quão sensível e complexo é este tema, sendo para isto essencial que os profissionais de vários setores/disciplinas sejam solidários e se aproximem cientificamente, combinando suas metodologias específicas de trabalho com uma postura ética de colaboração (SCHRAIBER; OLIVEIRA; COUTO, 2006, p. 8).

E para que os serviços/profissionais de saúde se tornem mais eficientes na assistência/atendimento dessa situação, é importante que esses serviços/profissionais estejam atentos para investigar, buscar soluções e encaminhar as pessoas nessa situação, evitando inclusive condutas iatrogênicas.

Para que não corra procedimentos iatrogênicos e para que os profissionais consigam se aproximar do chamado atendimento integral é importante, segundo Schraiber et al. (2000, p. 3), a abordagem interdisciplinar e intersetorial, pois somente assim o profissionais da saúde conseguiriam realizar atendimentos com ausência deste risco.

Com a abordagem interdisciplinar, postula-se que a violência poderia ser mais efetivamente prevenida e seu impacto na vida e na saúde das pessoas poderia ser minimizado, como já aconteceu com outras situações que modificavam a saúde das pessoas e que foram de

alguma forma reduzidas ou controladas, como as complicações gestacionais e no recém-nascido, as lesões ocupacionais e outras (KRUG et al., 2002).

Não se podendo deixar de enfatizar, a importância da interdisciplinaridade, da intersetorialidade e das equipes multiprofissionais, para uma adequada e melhor intervenção da situação, parece então necessário que essa temática, violência e saúde, passe ser considerada como um assunto urgente para os meios políticos e assistenciais e também científicos (SCHRAIBER.; OLIVEIRA; COUTO, 2006) e, como decorrência, igual urgência é necessária na abordagem educacional adequada dos profissionais.

Para que os profissionais da saúde consigam realizar uma abordagem ampla no atendimento da violência, parece então ser necessário ocorrer modificações na formação profissional das diversas áreas que atendem a mulher em situação de violência.

Segundo Vilela e Mendes (2003, p. 7), as mudanças realizadas nos projetos curriculares, onde ocorre a integração de outras disciplinas, faz com que ocorra a “formação de profissionais comprometidos com a realidade de saúde e com a sua transformação”.

Por ser um assunto altamente complexo, a violência doméstica será abordada em toda sua complexidade somente quando houver um enfoque interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial.

Como conclusão deste tópico, destacamos a importância praticamente consensual da interdisciplinaridade e da intersetorialidade quando o assunto é a mulher em situação de violência. Abordar essas mulheres colocando em prática esses modos de pensar e agir seria essencial para que o profissional possa realizar o atendimento. Já para as mulheres essas práticas auxiliariam em seu emponderamento, o que facilita seu entendimento a respeito da situação em que foi inserida, conseguindo assim, sair do ciclo de violência e até mesmo prevenir a situação.

Para que possam ser colocados em prática esses métodos de trabalho é importante a capacitação do profissional, a consciência social do profissional e o comprometimento/sensibilização, do mesmo, para a situação.

Por fim, por serem práticas complexas existe, ainda, dificuldade, por partes dos profissionais que estão inseridos no atendimento da mulher em situação de violência, de como trabalhar e agir interdisciplinarmente; e de como e quando acionar a rede intersetorial.

E, apesar do consenso aparente quanto a isso, a adesão à visão interdisciplinar e à prática multiprofissional avança, ao que tudo indica, entre os profissionais, de forma ainda lenta e timorata.

1.6 A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Após algumas breves menções à história da busca de igualdade social das mulheres, comentaremos o conceito de gênero, pois a violência contra as mulheres é uma das formas de violência de gênero. Esse termo, violência contra as mulheres, foi instituído pelo movimento social feminino na década de 80 e utilizado atualmente por diversos pesquisadores sobre o assunto. Utilizaremos no decorrer da dissertação o termo “mulher em situação de violência”, por ser um problema social que necessita de circunstância oportuna para sua ocorrência.

1.6.1 Acerca da luta da mulher pela igualdade de gênero

A mulher era, no passado, fortemente subjugada desde o nascimento, sendo colocada na posição de objeto, e criada sob uma estrutura ideológica e cultural sexista, sustentada pela família, igreja, escola e demais instituições sociais. A sociedade, ao longo dos séculos, permitiu ao homem viver sua sexualidade ativamente, enquanto a da mulher foi barrada, dando inclusive direitos ao homem de demonstrar atitudes como brutalidade e exigência, sendo esses comportamentos violentos, muitas vezes, entendidos como virtudes masculinas (GIORDANI, 2000).

As diferenças corporais entre o homem e a mulher eram aparentemente suficientes para intitular a mulher como *pessoa doméstica* (derivado do latim *domus*, casa, morada, habitação). Já no século XII era nitidamente visível na sociedade, aos olhos dos estudiosos atuais, a inferioridade social em que ela estava inserida e sua exclusão da vida pública (ROSADO-NUNES, 2008).

A partir do século XX, a mulher, cuja posição social era caracterizada pela exclusão e reclusão e vinculada primordialmente à vida privada, começa a conquistar um espaço participativo no processo de transformação social. Assim, a partir da década de 60, o movimento feminista ganha força e suas reivindicações resultaram em grande sensibilização social em todo o mundo e no Brasil, levando nas décadas seguintes – entre inúmeras outras

iniciativas - as administrações estaduais e as federais brasileiras a criarem os Conselhos Femininos⁹, a fim de lidar com a violência conjugal ou doméstica (RODRIGUES et al, 1996).

Observa-se que culturalmente o homem muitas vezes ainda necessita demonstrar sua força por meio da agressão e por mais que a mulher conquiste seu espaço nos âmbitos público e privado, ainda observamos um índice elevado de mulheres em situação de violência nesses espaços e essa situação muitas vezes ainda é tolerada, validada ou mesmo apoiada pela sociedade ou por parte dela.

1.6.2 Sobre a violência de gênero

O tipo de violência em que o homem detém o poder e a mulher é submissa às suas ordens, é denominado como violência de gênero.

O homem, muitas vezes, utiliza o seu poder patriarcal e a tolerância da sociedade para punir seus membros familiares, sendo que essa punição acontece quando ele, o homem, sente necessidade em “corrigir” comportamentos que em sua opinião estão “desviados” (SAFIOTTI, 2001, p.1) ou não estão em conformidade com sua vontade.

Documento do Ministério da Saúde (2005b, p. 119) cita essa tolerância social que o homem tem para a prática da violência de gênero descrevendo que considera esse tipo de violência como uma questão sociocultural, uma questão de saúde pública e uma transgressão dos direitos humanos (BRASIL, 2005b, p. 119).

Em relação a um país coirmão em termos culturais, a Constituição da República Portuguesa de 1974, revisada em 2005, em seu Artigo 9º, pontua como tarefa fundamental do Estado “promover a igualdade entre homens e mulheres” (PORTUGAL, 1974).

Já a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, aponta de uma forma mais ampla em seu Art. 3º, parágrafo IV, que um dos objetivos da República Federativa do Brasil é “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988).

No entanto, o que observamos em nosso cotidiano é, muitas vezes, a inobservância acerca da igualdade de gênero, onde o Estado e a sociedade frequentemente estimulam a desigualdade e conseqüentemente estimulam a violência.

⁹ Conselhos Femininos: órgãos públicos consultivos criados para lidar com a problemática da violência conjugal (BRUCHI, 2006).

Essa ideia de estímulo da desigualdade entre os gêneros é comentada em artigo de Leila Bijos, onde se menciona que esse tipo de violência é tutelada pelo Estado e ignora fronteiras entre as classes sociais, culturas, países e contingentes étnico-raciais, cabendo à sociedade e ao cidadão a denúncia da violência de gênero. Com relação ao Estado, a autora descreve que este tem como função a elaboração e implementação de políticas públicas para intervenção nessa situação (BIJOS, 2004, p.02).

1.6.3 Sobre a mulher em situação de violência

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará)¹⁰ conceitua a violência contra a mulher em seu Art. 1º como qualquer ação ou posicionamento fundamentado nas relações de gênero, que tem como consequência morte, prejuízo ou sofrimento físico, sexual ou psicológico da mulher que a “suporta” em seu ciclo de vida e que esse tipo de violência ocorre em todos os âmbitos, público e privado.

Pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo e Sesc aponta que a pessoa que insere a mulher na situação de violência muitas vezes é um conhecido ou amigo da mulher (48%) ou é seu parente (25%)(VENTURINI et al., 2010, p. 229), ou seja, a violência de gênero parece permear as relações cotidianas.

Os motivos da não denúncia da violência podem ser variados, dentre eles Dalhberg e Krug (2006, p. 1 4) citam: pessoas muito jovens, fracas ou doentes para se protegerem, por acordo tácito ou pressões sociais.

Dantas-Berger e Giffin (2005, p. 4) citam a invisibilidade de dados, quando relacionado à denúncia de violência que ocorrem no espaço privado, mesmo que já se tenha demonstrado que esse tipo de violência é comum em nossa sociedade.

1.6.4 Mulher em situação de violência no âmbito conjugal

A mulher que está na situação de violência conjugal pode não visualizar e nem descrever os atos tolerados como violentos, e isso poderia ser justificado pela história de

¹⁰ Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, “Convenção de Belém do Pará” (adotada em Belém do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994) que teve como preocupação a violência doméstica, que “constitui ofensa contra a dignidade humana e é manifestação das relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens”.

subordinação da mulher e pelo controle social existente nas relações conjugais e dentro das famílias.

Giddens (2005, p. 6) escreve que a vida familiar pode ser tanto afetuosa e gratificante, ou intensamente cercada de ansiedade, tensões e culpa, e que nesse momento em que os sentimentos estão exacerbados pode ocorrer a violência doméstica.

O autor explica a violência física dentro da família, como sendo causado por um membro contra outro(s), considerando a violência entre cônjuges (marido agredindo a mulher) como a mais comum. A mulher pode também ser a causadora da violência, sendo que, as lesões que a mulher causa no homem, em geral, não provocam danos físicos e duradouros como a agressão do homem contra a mulher (GIDDENS, 2005, p. 6).

Quando se trata da reação da mulher durante a agressão, Dantas-Berger e Giffin (2005, p. 421), escrevem que as mulheres entrevistadas explicam que muitas vezes “reagem frente às agressões, mais especificamente frente à violência física, sempre com a intenção de se defenderem ou evitarem a violência”.

Em documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p.13) a violência conjugal em sua forma mais peculiar é considerada como demonstração do desejo que a pessoa tem controlar e/ou dominar a outra, sendo em geral a violência conjugal associada a atos recorrentes que se agravam progressivamente, tanto na intensidade como em frequência.

Silva e Alquino (2008, p.20) pontuam que 66,5% de suas entrevistadas relataram terem sido agredidas pelos parceiros, 12,4% por parentes, 10,6% por desconhecidos e 10,3% por conhecidos.

A violência física ou ameaça são as que em alguns contextos parecem prevalecer (VENTURINI et al, 2010: p.233), embora o estudo de Silva e Alquino (2008, p. 20) a violência que prevaleceu foi a verbal, pois segundo os autores 68,3% das mulheres referiram terem sido assustadas, ameaçadas e amedrontadas e 33,7% sofreram xingamentos, ofensas e humilhações.

1.6.5 Percepção e “naturalização” a respeito da mulher em situação de violência

Guedes, Silva e Coelho (2007, p.376), em seu estudo realizado no ano de 2006 com oito mulheres com idade de 21 a 41 anos, interpretam os depoimentos coletados das mulheres em situação de violência conjugal como “uma forma de manifestação da assimetria de poder presente nas relações de gênero”, sendo esse poder construído e legitimado

historicamente pela sociedade patriarcal, que utiliza tacitamente o argumento de maior capacidade física e intelectual masculina para justificar sua superioridade, alimentando a opressão feminina.

Observa-se que em todo o momento de socialização de gênero a mulher é tratada como submissa e inferior ao homem, porém Werebe (1998, p. 29) escreve que a posição de “superioridade” do homem nem sempre é cômoda e tranquila e que as pressões que o homem tem que suportar para adequar-se às normas e regras ditadas dentro da sociedade nem sempre são fáceis de serem seguidas.

Procurando explicar a situação de violência conjugal, pensamos que o que fez com que esse tipo de violência fosse considerada “natural” pela sociedade foi educação patriarcalista que por muitos séculos a sociedade vivenciou como sendo um modelo de preservação familiar gerador de segurança para os membros da família e para a sociedade. Então, desde pequenos, as crianças estavam submetidas às regras do adulto com maior poder, o pai. Quando cresciam, os filhos já eram inseridos em uma “educação de gênero”, eram ensinados que a mulher deveria ser algo como uma boa esposa e cuidadora dos filhos e o homem seria o “chefe” da família, que cuidaria de tudo e todos. Esse tipo de educação fazia e faz com que os filhos que viam a mãe sendo agredida pelo pai, quando adultos passassem também a agredir e a submeter a geração seguinte.

A violência conjugal vem acompanhada de problemas adicionais como pobreza, o uso de álcool e drogas, problemas mentais e outros. Esses problemas adicionais não devem ser considerados como *causas* da violência (BRASIL, 2005, p.14), pois a violência é uma problemática social que afeta a vida das pessoas em todo seu ciclo vital.

Quando se trata do motivo que a mulher foi agredida, Dantas-Berger e Giffin (2005, p.422) pontuam que as maiorias das mulheres entrevistadas, no estudo que realizaram, relatam que o sexo foi um dos motivos para que a violência ocorresse, incidindo “muitas vezes, sob forma de coerção 'naturalizada’” ou como “cláusula prevista no contexto das obrigações conjugais”. O sexo recusado ou sob resistência por parte da mulher foi relatado de forma repetitiva, porém não foi alcunhado como violência por essas mulheres.

As autoras elucidam que as mulheres entrevistadas não qualificavam o ato sexual não consentido como violência, porém a conduta que elas tinham após o ato se assemelhava ao comportamento apresentado pelas mulheres que “sofriam estupro cruento”

(“ter nojo da relação, lavam-se imediatamente; perderem ou terem pouco desejo sexual e outros”) (DANTAS-BERGER, GIFFIN, 2005, p. 423).

Silva e Alquino (2008) expõem que das 342 mulheres entrevistadas, 42, 1% relatam ter sido forçadas a fazer sexo contra a vontade ou fizeram sexo apenas para não contrariar o parceiro, referindo que o sexo foi realizado com medo (23,5%) e ,1% consideraram essa prática humilhante. Para 13% dessas mulheres “prática considerada humilhante ocorreu em um contexto de estupro” (p.2106).

Werebe (1998, p.41) explica que a violência sexual contra a mulher é frequentemente impune, porque as mulheres que passam por essa situação muitas vezes não denunciam seu agressor, sendo que essa omissão pode ser devida ao sentimento de vergonha que toma conta dessa situação.

Guedes, Silva e Coelho (2007, p.364) escrevem dois motivos que fazem com que a mulher em situação de violência conjugal aceite a submissão, a desigualdade e a exclusão. São eles, segundo os autores, a compreensão de que o comportamento violento seja algo “natural” e a certeza da impossibilidade de mudança de seu parceiro.

Quando se trata da “naturalização” da violência, é importante novamente citar a recente a pesquisa da Fundação Perseu Abramo e SESC (“Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados”). Essa pesquisa esclarece que por mais que 91% dos homens entrevistados declaram que “bater em mulher” é errado em qualquer situação, 6% dos entrevistados relataram que “uns tapas de vez em quando é necessário e 2% declaram que “tem mulher que só toma jeito apanhando bastante” (VENTURINI et al, 2010, p. 228).

Observa-se que violência ainda faz parte do cotidiano de alguns homens e que muitas vezes a justificativa para essa atitude é a “educação”. Ressaltamos novamente que por mais que se lute pela igualdade de gênero o patriarcado ainda deixa seus resíduos em nossa sociedade, fazendo com que a mulher seja a principal vítima dentro do lar.

Quando se trata dos motivos pelo quais ocorreriam a exacerbação dos conflitos e as agressões entre casais, Dantas-Berger e Giffin (2005, p.421) pontuam as cobranças realizadas pelas mulheres com relação às obrigações que o marido tem como provedor, a atuação da mulher no âmbito privado e público que parecia revelar para o homem o “desvalor” da mulher e a resistência da mulher.

Jacobucci e Cabral (2004, p.215) observaram , em seu artigo, que as mulheres em situação de violência doméstica que se mantêm com seus cônjuges têm maior

probabilidade de apresentar depressão. Essas mulheres revelaram sentimentos como solidão, tristeza, desamparo, descrença, irritação, baixa autoestima e baixa autoconfiança. Estando nessa situação, com a saúde mental e psicológica em desequilíbrio, essas mulheres não fazem “escolhas objetivas amorosas”, o que aumenta a possibilidade de resolverem os conflitos por meio de impulsos agressivos, devido à impossibilidade de diálogo que ocorre nessa situação.

E quando se trata dos motivos alegados para um eventual retorno ao lar, segundo Silva e Alquino (2008, p. 2017) estão mais frequentemente presentes o pedido do companheiro ou de algum membro da família (25,8%) e também por conta filhos (19,3%).

1.6.6 Sobre os tipos de violência contra a mulher

A Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) em seu Art. 7º prevê cinco formas de violência: a *física*, como sendo a ação que possa prejudicar a integridade física e a saúde corporal; a *psicológica*, como aquela que causa dano emocional, prejuízo à saúde psicológica e diminuição da auto-estima; a *sexual*, aquela em que a pessoa mantém ou participa de relação sexual não desejada, por meio de intimidação, ameaça e coação, forçar a utilização ou comercialização de sua sexualidade, podendo prejudicar sua saúde sexual e reprodutiva; a *patrimonial* é aquela considerada como situação que possa causar prejuízo de bens (objetos pessoais, de valor, documentos, recursos financeiros e outros) e, por fim, a *moral*, definida como caluniar, difamar, lesionar e ofender (BRASIL, 2006).

Outro dado significativo da pesquisa da Fundação Perseu Abramo e SESC foi que, quando se trata de violência física ou ameaça, 10% das mulheres relataram que no ano de 2001 foram agredidas fisicamente ou ameaçadas e no ano de 2010 houve um aumento, passando para 12% de agressões sofridas (VENTURINI et al., 2010, p. 231).

Segundo Saffioti (2004, p. 69) estamos em um país onde definir os tipos de violência ainda é muito confuso, visto que muitas vezes utilizamos uma violência como sinônima da outra.

Bandeira (2009, p.404) pontua que a violência contra mulher, a violência de gênero e a violência interpessoal, são situações que se estabelecem nas relações de poder e hierarquia, causam rompimento completo da integridade física e psicológica, tendo como consequência a dor, o sofrimento e o medo das pessoas envolvidas.

Ainda sobre os tipos de violência contra a mulher, o Ministério da Saúde caracteriza três: *violência emocional* é aquela caracterizada por ameaças, intimidação,

estimular a pessoa a se sentir mal, louca e culpada, provocar confusão mental, humilhar, coagir, cercear, usar filho para chantagear, afastar a pessoa de sua vida social, abster a pessoa financeiramente. A *violência física* caracteriza-se por bater, empurrar, arremessar objetos, estrangular, chutar, queimar mutilar, usar armas e torturar. Já *violência sexual* envolve estupro, forçar as relações sexuais ou atos que possam causar desconforto, obrigar a visualização de imagem pornográfica, obrigar a realizar sexo com outra pessoa (BRASIL, 2005, p. 21 e 22).

A citada Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (1994) também menciona os tipos de violência em seu Art. 2º, pontuando que a violência contra a mulher envolve a violência física, sexual e psicológica, e esses tipos de violência podem ocorrer dentro do *ambiente familiar ou doméstico ou nas relações interpessoais*. E essa situação pode acontecer com o agressor compartilhando ou não a residência, abrangendo, dentre outras formas, a violência sexual.

Alguns tipos de violência, terrorismo, rebeliões e outros tipos de violência, são visíveis com auxílio da mídia. Já a violência doméstica ocorre, muitas vezes, silenciosamente e com difícil visualização da sociedade (DALHERG; KRUG, 2006, p.1 4).

Como conclusão deste tópico, parece-nos importante pontuar o quanto a mulher atualmente tenta se estabelecer em seu ambiente privado e público. Desta forma, o homem, ao perceber que existe a possibilidade de perder o “poder” sobre seus membros familiares, age de forma agressiva contra estes.

A violência de gênero é uma condição que transgride os direitos humanos, que deve ser observada e trabalhada com ênfase pelo Estado. Não podemos esquecer também da importância da sociedade na prevenção dessa situação através de conscientização, para que possamos dissipar essa situação ainda cotidiana.

A mulher obteve ganhos no espaço público, mas ainda continua tolerando a violência no âmbito doméstico e essa situação se torna invisível muitas vezes ainda “naturalizada” pela sociedade. A violência doméstica, em geral, deve ser considerada como transgressão dos direitos da pessoa e essas mulheres devem ser “assistidas” adequadamente para que possam “visualizar” soluções para sua situação.

1.7 APS E A VIOLÊNCIA CONJUGAL

Mesmo que a APS seja considerada como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, ainda existem discussões a respeito dos seus objetivos. É portanto válido apresentar uma breve abordagem acerca do conceito, historicidade, objetivo e modelos da Atenção Primária à Saúde (APS) e depois correlacionar violência conjugal e APS, descrevendo quais são os objetivos da APS e de seus profissionais no atendimento da mulher em situação de violência conjugal.

O Relatório Mundial de Saúde (WHO, 2008, p.17) orienta que as pessoas na sociedade moderna exigem a equidade na saúde para elas, para sua família e para a sociedade em que estão inseridas. Quanto a esta chamada equidade na saúde a Atenção Primária é importante para que os indivíduos consigam alcançá-la; no Brasil, à APS tem sido destinado o papel de reorganizar as práticas do Sistema Único de Saúde (SUS) (CONIL, 2008, p.9).

1.7.1 Conceituando cuidados primários à saúde/ atenção primária

A Conferência Internacional de Alma-Ata, União Soviética, no ano de 1978, definiu os cuidados primários de saúde como sendo os “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis”, sendo considerados esses métodos um direito universal, tendo a sociedade o direito também de participar das decisões.

A discussão a respeito da APS torna-se parte da agenda dos pesquisadores da área da saúde pública, sobretudo no final da década de 70.

Mello, Fontanella e Demarzo (2009, p.205), em seu artigo de revisão, escrevem que a palavra “básica” presente na expressão Atenção Básica tem como significado base, fundamental e não algo “simples” e isso acontece também, com a termo “primário”, que deve ser interpretado como primeiro, principal, e não como elementar ou rudimentar.

Esses cuidados primários ou atenção primária constituem-se como o conjunto de ações de saúde, individual ou coletiva, realizado por uma equipe. Abrange esse modelo de atenção à saúde a promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da vida para população inserida em territórios delimitados. É descrita também, no documento do Ministério da Saúde, como se constituindo no “contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde” (BRASIL, 2007, p.12).

Na década de 70, no Brasil, ocorreu uma apresentação pública de várias propostas de ampliação das práticas assistenciais e de formação de recursos humanos nos

serviços de saúde pública. Porém, essas novas propostas não tiveram repercussão no movimento sanitário, pois os esforços estavam voltados para as questões gerais das políticas públicas e dos direitos humanos (CONIL, 2008, p.10).

Já nos anos noventa, a concepção programática de APS no Brasil também foi renovada e isso ocorreu juntamente com a regulamentação do SUS baseada nos princípios denominados de universalidade, equidade e integralidade do cuidado e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social.

1.7.2 Sobre os cuidados primários à saúde/ atenção primária

Na década 70, ocorreu no Brasil, uma crise no setor saúde, de onde surge a necessidade da ampliação da assistência primária à saúde para amenizar as tensões desencadeadas por essa crise.

Conill (2008, p.7) traz duas compreensões acerca da Atenção Primária de Saúde. A primeira como sendo a porta de entrada do setor e a segunda como a forma de reorganização do modelo assistência, sob forma seletiva ou ampliada. Para a autora, a atenção primária pode incluir tanto a atuação de especialidades básicas como a presenças de outros profissionais no atendimento.

Segundo a Declaração de Alma-Ata (1978), nos cuidados primários estariam envolvidos o setor saúde e também todos os departamentos que contribuem ou fazem parte do desenvolvimento nacional e comunitário (ex. agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros).

Nessa perspectiva, é importante fazer referência ao Decreto nº 7.508/11 que enfatiza em seu Artigo 9º, 10º, 11º o documento supracitado do Ministério da Saúde. Esses artigos norteiam que a Atenção Primária deverá referenciar o usuário, quando necessário, aos serviços hospitalares, serviços ambulatoriais, serviços especializados, serviço de maior complexidade e densidade tecnológica. E essa referência deverá ser feita de forma universal e igualitária (BRASIL, 2011).

A Atenção Primária tem como fundamentos: “possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos” (BRASIL, 2011, p.44).

Esse tipo de atenção tem seu território registrado, o que permitiria o “planejamento e a programação descentralizada” concomitante com o princípio de equidade,

integralidade, universalidade, descentralização e comando único, resolutividade, regionalização e hierarquização e a participação popular (BRASIL, 2011; p.44)

1.7.3 Sobre as categorias da APS e suas reformas

O documento da Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS, 2011, p.29) descreve três categorias de APS, sendo elas, colocadas em prática em vários países e muitas vezes podem ser aplicadas, as três, no mesmo país.

Principiaremos conceituando a *APS seletiva*. Esta categoria é considerada como um programa que tem como objetivo atender população e regiões pobres com a utilização de “tecnologias simples e de baixo custo”. A segunda citada foi a *APS como o nível primário do sistema de saúde* considerada como a maneira de “organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema”, enfatiza-se nesse modelo a função resolutiva dos serviços de saúde. Já a *APS como estratégia de reordenamento do sistema de saúde* é um “modo particular de adequar, recombina e reorganizar todos os recursos do sistema” para atender a população em toda sua necessidade.

Para que possam ocorrer respostas efetivas aos desafios de saúde atuais, que são eles segundo o Relatório Mundial de Saúde, “os valores da equidade, solidariedade e justiça social”, esse relatório estabelece quatro grupos de reformas dos Cuidados de Saúde Primários.

A primeira das reformas do conjunto são as *reformas da prestação de serviço*, essas reformas, devem reorganizar os serviços de saúde como cuidados primários. Trabalham enfocando as necessidades e expectativas das pessoas e tem como objetivo a diminuição da exclusão e disparidade em saúde. A segunda são as *reformas de política pública*, esse conjunto, tem como objetivo garantir comunidades mais saudáveis com a agregação de ações de saúde pública nos cuidados de saúde primários. E por fim, a terceira do conjunto, são as *reformas da liderança* que pontua que a liderança em saúde será feita “com base na negociação, participativa e inclusiva” de acordo com as exigências dos sistemas de saúde atuais, esse conjunto entra para substituir o “comando-e-controle autoritário” do Estado (WHO, 2008, p.18).

Esse relatório informa que as reformas dos Cuidados de Saúde Primários foram guiadas por valores compartilhados, sendo esses valores apoiados amplamente, porém sua implementação não pode ser realizada como se fosse um pacote unificado ou um plano; sua

implementação deve respeitar a realidade de cada país, o que torna os Cuidados de Saúde Primários um desafio comuns no mundo globalizado (WHO, 2008, p.21).

1.7.4 APS e a mulher em situação de violência

Observamos que a Atenção Primária à Saúde vem sofrendo modificações intensas nessas últimas três décadas, desde Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde até os dias atuais. No entanto, o que observamos também, é que a atenção primária necessita ainda de modificações, particularmente, quando o assunto é a mulher em situação de violência, pois segundo Oliveira et al. (2009, p. 1040) a baixa resolutividade do setor saúde quanto a esta questão se dá porque a mulher em situação de violência não é uma conjuntura reconhecida para o trabalho, devido a inexistência de normas técnicas reconhecidas para essa situação.

Essa temática, violência, passa ser de maior interesse dos profissionais e pesquisadores da saúde no final da década de 80 e começo da década de 90, porém mesmo com esse reconhecimento oficial pelo campo da saúde, esse tema ainda é muitas vezes tratado pela sociedade como algo da esfera exclusiva da segurança pública (MINAYO, 2004 e SCHRAIBER; OLIVEIRA; COUTO, 2009).

Dantas-Berger e Giffin (2005, p. 423) escrevem em sua pesquisa, que a atuação do setor saúde no atendimento da mulher em situação de violência conjugal tem sido limitada quando comparada à atenção dada à mulher que vivencia estupro cruento, quando fica mais evidente a ocorrência de uma somatória de importantes iniciativas intersetoriais para fazer valer direitos das vítimas.

Os profissionais de saúde e as autoridades de saúde não deveriam depreciar a temática, com postura omissa em relação ao atendimento, ao acompanhamento e proteção da mulher em situação de violência, pois ao assumir essa postura de omissão, os profissionais e autoridades de saúde estarão contribuindo para que esse tipo de violência torne-se inalterável (DINIZ; SANTOS; LOPES, 2007, p.5).

Silva e Alquino (2008, p.2107) expõem em sua pesquisa que as pessoas em situação de violência chegaram a procurar ajuda no enfrentamento da violência conversando com os pais ou amigos (82,1%) ou, até mesmo, indo a instituições como delegacias e unidades de saúde (43,3%), porém quando solicitada a essas mulheres uma avaliação a respeito do serviço, 48% das pessoas atendidas não consideraram o atendimento satisfatório.

Oliveira et al (2009, p. 1044) escrevem que as mulheres em situação de violência, necessitam e muitas vezes querem falar a respeito do assunto e que a “escuta interessada” por parte do profissional deve ser realizada de forma sigilosa, privada e sem pré-julgamento, pois em algum momento a mulher pode ter medo de revelar alguma vivência deste tipo.

Em muitas situações, os profissionais da saúde, não estão preparados para o atendimento da pessoa em situação de violência ou têm a postura de não imiscuir-se com a situação, o que poderia ser traduzido como medo em relação à assistência, que é decorrente ao despreparo com relação à sua formação (SALIBA, 2007).

O documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, p.21) orienta que a função de cada profissional da Atenção Básica deverá estar explicitada de acordo com as prioridades na normatização do município.

E esses profissionais deverão ser orientados em seu cotidiano a respeito de seu papel e dos procedimentos que deles são esperados, sendo as Secretarias Municipais de Saúde as responsáveis por estimular e viabilizar a capacitação e a educação continuada desses profissionais (BRASIL, 2007, p. 15).

O despreparo beneficia o surgimento de diversos sentimentos no atendimento da mulher em situação de violência. Sendo necessários a capacitação e o desenvolvimento de atividades que abordem o psicológico desses profissionais, que durante o atendimento da mulher vítima de violência sexual, utilizam mecanismos internos para diminuir a angústia perante a situação (REIS et al, 2010, p.330).

Importante lembrar que, ao reduzir seu papel ao atendimento das lesões e aos sintomas referidos pela mulher nessa situação, o profissional pode inserir a mulher que foi “pedir ajuda” a um novo tipo de violência, que é o “descuido” e a não realização de prática em educação e saúde (DINIZ; SANTOS; LOPES, 2007, p. 4-5).

Silva e Alquino (2008, p. 2112) descrevem que a equipe de saúde deve estar capacitada para atender as mulheres em situação de violência, identificando, notificando, prevenindo sequelas e encaminhando a serviços específicos de apoio, somente dessa forma seria possível realizar o atendimento efetiva para as mulheres nessa situação.

Como conclusão, consideramos ainda haver um longo caminho que os profissionais APS necessitam percorrer para que o atendimento da mulher em situação de violência conjugal seja realizado com qualidade e não seja fragmentado. Observamos

também, haver a necessidade de inserir as pessoas nas decisões de seus cuidados primários e que a subnotificação ainda é muito elevada, o que ajuda a configurar a invisibilidade da violência contra mulher. É também essencialmente importante, que os profissionais de saúde possam estar atentos tanto ao homem (agressor) como à mulher (“vítima”) quando o assunto é prevenção, pois se isso não ocorrer, não será possível alcançar os resultados esperados.

1.8 SOBRE O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA NOTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO

A notificação realizada na APS, quando o assunto é a mulher em situação de violência, é algo que pode causar questionamentos, dúvidas e ansiedade nos profissionais que estão inseridos no atendimento da situação e esses sentimentos podem ter como consequência a não visualização da complexidade, o que pode favorecer a subnotificação dos casos.

Nesse sentido é válido citar alguns pontos importantes presentes nos Códigos de Ética dos profissionais que atuam na APS, correlacionando os preceitos dos referidos códigos com as “obrigações” dos profissionais no atendimento e na notificação da situação de violência. Entendemos que tais códigos são consolidados das tradições profissionais e das expectativas sociais que existem sobre esses profissionais e, por isso, são usados como mote para a presente seção. Destaca-se de antemão que durante a leitura desses, não conseguimos identificar explicitamente nenhuma menção a respeito de suas obrigações no atendimento desta situação.

O termo notificação tem sua origem no latim *nótfico,as,ávi, átum,áre* 'dar a saber, mostrar, descobrir, revelar' e tem como significado denotativo atual informar, comunicar (alguém) sobre um fato judicial (HOUAISS, 2009).

O profissional do setor saúde, muitas vezes, pela falta de preparo ou a ideia que a violência conjugal é um problema da esfera particular, pode subestimar a complexidade da situação (SALIBA, 2007). O autor esclarece também, que a notificação adequada dos casos de violência favoreceria na visibilidade do problema e permitiria um adequado dimensionamento epidemiológico e a concepção de políticas públicas voltadas para sua prevenção (SALIBA, 2007).

A notificação por parte do profissional tem duas funções: acionar a rede de proteção e gerar dados estatísticos sobre prevalência de violência, entre diversas outras categorias, que possam subsidiar ações de prevenção da violência.

Segundo Gonçalves e Ferreira (2002, p. 318-319) esses profissionais devem estar orientados sobre as noções legais e devem também, compreender o significado da expressão “violência” e quais as situações que devem ser notificadas.

É importante também, quando o assunto é notificação dos casos, que as responsabilidades legais dos profissionais na notificação estejam presentes e sejam discutidas nos diversos manuais de orientação. A concepção de “suspeita” deve ser esclarecida, pois quando o profissional não está orientado para realizar a adequada prática da notificação, ele poderá agir a “cargo da consciência individual”, o que pode contribuir tanto para a subnotificação quanto para a supernotificação (GONÇALVES; FERREIRA, 2002, p. 318-319).

O Decreto nº 48.421/2007 em seu Artigo 6º pontua a obrigatoriedade do preenchimento da ficha de notificação pelos profissionais de saúde e pelos demais responsáveis pela assistência/atendimento das pessoas em situação de violência ou dos casos suspeitos. E essa notificação, tem como objetivo “identificar o perfil socioeconômico das pessoas vítimas de violência e de seus agressores, os tipos de agressão, as áreas de risco e as causas mais frequentes”.

A lei 10.778/2003 determina em seu Artigo 3º que a notificação compulsória dos casos de violência tem caráter sigiloso e a inobservância das obrigações estabelecidas nesta lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis (Artigo 5º).

Nesse sentido, é importante que os profissionais que estão inseridos no atendimento da situação sejam respaldados legalmente para que possam sentir-se seguros para notificar, pois assim, poderá ocorrer a legitimação do processo de prevenção e o combate da situação (SALIBA, 2007, p.474).

Para Gonçalves e Ferreira (2002, p. 317) a subnotificação da violência, no Brasil, não ocorre pela orientação geral da legislação, mas sim pelas peculiaridades de cada caso. As autoras também escrevem que a notificação tem como influência a ordem pessoal dos profissionais, as especificidades do caso atendido e as estruturas dos serviços que na maioria das vezes é inadequada.

Quanto aos códigos de ética, iniciaremos com a enfermagem que tem como papel respeitar a vida, a dignidade e os direitos das pessoas em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza (Artigo 3º e 23º). Esses profissionais devem realizar o

atendimento “livre dos riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência” (Artigo 24º). Tendo como dever “manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em Lei” (Artigo 29º), estando impedido de provocar, contribuir ou ser conivente com a violência (Artigo 52º) (COREN, 2000).

Quando se trata da lei do exercício do profissional médico, segundo o Código de Ética Médica reformulado em 2009, é proibido que esse profissional pratique “dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência” (Capítulo III, Artigo 1º). Esse profissional tem o dever de “tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto” (Capítulo IV, Artigo 23). Está proibido de “deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis” (Artigo 25º). Estando também, esse profissional, proibido de “revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento por escrito do paciente” (Capítulo IX, Artigo 73) (CFM, 2009).

O profissional da área de psicologia tem como dever garantir “o caráter confidencial das informações que vier a receber em razão de seu trabalho (Artigo 6º). Deverá contribuir “criação de condições que visem a eliminar a opressão e a marginalização do ser humano” (artigo 6º). A quebra do sigilo profissional só será respaldado pela lei do exercício profissional “quando se tratar de fato delituoso e a gravidade de suas consequências para o próprio atendido ou para terceiros puder criar para o Psicólogo o imperativo de consciência de denunciar o fato” (Artigo 27º) (CFP, 2005).

No código de ética farmacêutica, está escrito no Artigo 13º que a relação profissional/paciente não deve ser apenas de ordem profissional, mas também de natureza moral e social, não devendo haver discriminação de qualquer outra natureza. Esse profissional tem o dever de “respeitar a vida humana, desde a concepção até a morte, jamais cooperando com atos que intencionalmente atentem contra ela, ou que coloquem em risco sua integridade física ou psíquica” (CFF, 1960).

O profissional da assistência social deve estar comprometido na “eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças”. No artigo 18º orienta a respeito da quebra do sigilo pontuando que “só é admissível quando se tratarem de situações

cuja gravidade possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízo aos interesses do usuário, de terceiros e da coletividade” (CFESS, 1992).

Já o profissional odontólogo está proibido de “discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto” (Artigo 7º) devendo esse profissional zelar pela saúde e pela dignidade da pessoa (Artigo 5º). No Artigo 5º (VI), diz-se é obrigação desse profissional, manter o sigilo profissional, compreendendo como justa causa para a quebra do sigilo, a notificação compulsória de doença e a colaboração com a justiça nos casos previstos em lei (Artigo 10º, parágrafo 1º, a e b) (CFO, 2003).

O que observamos, é que existe ausência de informação explícita, a respeito da mulher em situação de violência, embora em todos os códigos haja elementos genéricos que respaldam a ideia de que faz parte das funções profissionais manterem-se atentos e atuarem nas situações de violência doméstica contra a mulher.

O profissional da saúde provavelmente não notifica com a frequência necessária os casos de violência devido a um relativo desconhecimento da complexidade da situação, pelo despreparo profissional para identificar quando e como notificar.

Não podendo esquecer também que o desejo ou tentativa da família de impedir a notificação fazem com que neguem certas informações que fundamentem as suspeitas e isso também pode estar envolvido na não notificação dos casos, ou seja, o sentimento de desproteção e de intimidação pelo fato de notificar (GONÇALVES; FERREIRA, 2002, p. 317).

1.8.1 A Lei 11.340/06 e a violência conjugal

A lei 11.340/06, Lei Maria da Penha, surge para aumentar o rigor das punições da violência doméstica contra a mulher.

Fato amplamente divulgado pela imprensa, Maria da Penha Maia Fernandes é uma biofarmacêutica que lutou durante dezenove anos para a punição de seu cônjuge, por ter sofrido duas tentativas de morte, sendo que uma delas a deixou paraplégica.

Essa lei cita em seu Artigo 2º a desigualdade de gênero, mencionando que “toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social” (BRASIL, 2006).

Já em seu Artigo 5º define “violência doméstica e familiar contra a mulher, como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” e que ocorra no âmbito familiar, doméstico ou em qualquer relação íntima de afeto (BRASIL, 2006, p.15 e).

Nesse documento a *unidade doméstica* é definida como aquela em que as pessoas mantêm a convivência com ou sem vínculo familiar e o *âmbito da família* são aquelas pessoas unidas por “laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa” (BRASIL, 2006, p.15)

Coibir/reduzir a violência doméstica e familiar contra a mulher é objetivo das políticas públicas através da integração operacional de diversos órgãos (Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública) com os diversos setores (segurança pública, assistência social, saúde, educação, trabalho e habitação) (BRASIL, 2006).

No Artigo 29º dessa Lei 11.340/06 está explícito que “os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher que vierem a ser criados poderão contar com uma equipe de atendimento multidisciplinar, a ser integrada por profissionais especializados nas áreas psicossocial, jurídica e de saúde”.

Já o Artigo 30º cita a competência dessa equipe, descrevendo que além de outras obrigações reservadas pela legislação local, esses profissionais têm como função “fornecer subsídios por escrito ao juiz, ao Ministério Público e à Defensoria Pública, mediante laudos ou verbalmente em audiência, e desenvolver trabalhos de orientação, encaminhamento, prevenção e outras medidas, voltados para a ofendida, o agressor e os familiares”.

Para que ocorra a prevenção da violência é importante a interdisciplinaridade, intersetorialidade (BRASIL, 2006), não podendo descartar a importância da inserção da sociedade nessa ação.

Debert e Gregori (2007, p.172) comentam que existem muitas diferenças que marcam o País e o modo de atuação do sistema judicial é diferentes nas diversas esferas da sociedade. Concordando com essas ideias, hoje, portanto seria prematuro fazer qualquer generalização a respeito do impacto atual ou futuro dessa Lei (que em 2012 completa seis anos de existência) na vida das pessoas, não tendo sido encontrados dados que pudessem fundamentar qualquer asserção a respeito deste impacto.

1.9 SOBRE O PROBLEMA PESQUISADO

1.9.1 Formulação do problema de pesquisa

Até aqui, neste capítulo introdutório desta dissertação, procuramos fazer uma delimitação de aspectos importantes do problema de pesquisa que nos motiva. Sintetizando, consideramos que: a) a desigualdade de gênero favorece o acontecimento da violência, sendo importante promoção da igualdade de gênero, com o envolvimento do Estado e a sociedade; b) a família pode ser considerada um grupo de pessoas que irá auxiliar ou não na ocorrência da violência; c) a violência deve ser considerada como transgressão dos direitos humanos e quando realizada a tentativa de elaborar um conceito único para violência, estaríamos de alguma forma em risco de uma postura reducionista diante de uma problemática complexa, entretanto, sua interface com a área da saúde é inquestionável; d) a mulher em situação de violência é um problema global e de saúde pública e necessita de atenção de vários setores profissionais e de vários campos do conhecimento; e) a APS é considerada como a porta de entrada do SUS e tem como objetivo, entre muitos outros, o atendimento inicial à saúde da mulher em situação de violência; f) considera-se a importância da capacitação profissional para a identificação, cuidado e para notificação dos casos de violência, pois esse instrumento quando usado adequadamente auxilia na visibilidade da problemática.

Formula-se, a partir desta delimitação, o seguinte problema de pesquisa, apresentado de forma interrogativa, que é o ponto de início deste presente empreendimento investigatório: qual a visão dos profissionais de saúde sobre seus papéis no atendimento da mulher em situação de violência? Quais são suas dúvidas e que angústias teriam, em relação ao atendimento dessas pacientes? Como, em suas perspectivas, pode-se melhorar a efetividade da atenção à saúde das mulheres em situação de violência?

1.9.2 Pressupostos

Em todo este capítulo introdutório explicitamos vários pressupostos com que trabalhamos. Resumidamente, trabalha-se com os pressupostos de que a mulher em situação de violência no Brasil se configura como uma problemática que tem profundas relações com: a) questões culturais relativas a gênero (relações entre homens e mulheres); b) questões de natureza policial e jurídica (ou seja, insegurança quanto à efetividade das ações nesses setores, que servem de salvaguarda tanto para os profissionais quanto para as pacientes); c) questões de natureza educacional (tanto da população como um todo, quanto dos profissionais, que não

seriam, em geral, preparados para lidar com estas situações em seus cursos de graduação); d) questões de gestão de sistemas e serviços de saúde e e) valores éticos e políticos na efetivação dos direitos da mulher em situação de violência.

Sendo assim, esperamos que as dificuldades a serem relatadas pelos profissionais participantes da pesquisa se situem, sobretudo, nesses domínios. Entretanto, deve-se ressaltar que a pesquisadora irá a campo “aberta” a novas possibilidades interpretativas que advenham dos participantes.

1.9.3 Justificativas

Não se encontram na literatura nacional – e isto nem seria possível, à medida que o objeto de estudo em tela encontra-se em permanente transformação, situado que está na esfera dos significados simbólicos – elementos suficientes que permitam uma análise e compreensão fechadas dos problemas vivenciados pelos profissionais do setor de saúde quando atendem a esse tipo de situação. Esses profissionais têm uma importante parcela de responsabilidade no enfrentamento da questão da violência contra a mulher, pois, muitas vezes, são o único recurso a que elas recorrem ou que têm acesso. Adicionalmente, como ressaltaram Schraiber et al (2006), existiriam importantes falhas ou ausências no seguimento populacional relacionado à violência, enfoques relevantes que não são tratados (como raça/etnia e mesmo gênero) na temática de violência doméstica, entendendo os autores que os estudos sobre o assunto encontram-se ainda em momento inicial de sua produção, o que, por si só, justificaria a presente pesquisa. Além disso, por se tratar de uma problemática altamente complexa e sensível a variáveis sociohistóricas em constante transformação, estudos compreensivo-interpretativos seriam sempre bem-vindos para a comunidade científica.

Por essas razões, entre outras, sensibilizados e mobilizados com estas questões, e considerando referencial teórico-prático sobre o assunto, é que nos propomos realizar a presente investigação.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender algumas das significações psicológicas e culturais presentes entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a questão da violência doméstica contra a mulher, incluindo suas eventuais dúvidas para atendê-la.

2.2 Objetivos específicos

Descrever e analisar: a) a percepção de profissionais de saúde acerca da problemática que envolve a questão da violência contra mulher; b) como percebem as especificidades da recepção e dos primeiros cuidados que devem ser empreendidos nestas situações; c) quais os outros procedimentos que os profissionais entendem que devem ser empreendidos nesses atendimentos e d) as eventuais dificuldades pessoais e institucionais percebidas no atendimento da mulher em situação de violência.

3 MÉTODO

Esta é uma pesquisa que utiliza uma abordagem qualitativa, dada a natureza do objeto de estudo, situado na esfera dos significados psicologicamente e culturalmente construídos, portanto passíveis de serem compreendidos e interpretados.

3.1 Apresentação e justificativa do método escolhido

A escolha por esse tipo de metodologia baseia-se no interesse em compreender a complexidade do fenômeno que se intenciona estudar. Driessnack et al (2007) ressaltam que na pesquisa qualitativa, os participantes são selecionados devido a terem experiências com relação ao problema de interesse do pesquisador, sendo os dados coletados apreciados pelo pesquisador em seus detalhes, tendo sua validade científica baseada na riqueza de descrição dessas experiências.

Pesquisas qualitativas preocupam-se com o aprofundamento e com a abrangência desta compreensão ou, nos termos utilizados por Turato (2005), objetivam criar um modelo de entendimento profundo de ligações entre os elementos, ligações essas invisíveis ou pouco visíveis ao olhar comum.

Segundo Chizzotti (2003) os métodos qualitativos recobrem um campo transdisciplinar, envolvendo as ciências humanas e sociais, assumindo as tradições desses campos científicos, seus variados modelos de análise e interpretação.

Como expresso por Nogueira - Martins et al (2004), a abordagem qualitativa refere-se a estudos de significados, significações, ressignificações, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências e experiências de vida.

3.2 Técnica de tratamentos dos dados

Foram feitas entrevistas individuais com profissionais escolhidos por meio de um processo de amostragem intencional, e o número final de participantes foi fechado pela técnica de “saturação teórica”.

Quanto à opção pela amostragem intencional e por saturação teórica, Fontanella et al (2008) a caracterizam como uma técnica para estabelecer ou fechar o número final de participantes da amostra comum em estudos qualitativos, permitindo que o

pesquisador interrompa a captação de novos componentes quando os dados obtidos começam repetir-se, ou seja, quando não esses novos dados não mais sustentam novas elaborações teóricas.

3.3 Campo de observação

O presente estudo foi realizado em um município do interior do Estado de São Paulo, localizado geograficamente na região Noroeste do Estado. Considerando a distância aproximada de outras cidades, esse município, está localizado a cerca de 300 km de São Paulo e sua extensão territorial é de aproximadamente 594 Km². A estimativa populacional, segundo Censo 2010, é de aproximadamente 55.000 pessoas.

O município foi fundado no final da década de 60, sendo que no começo dos anos 90 conquistou sua emancipação político administrativa. O nome do município está sendo omitido para ajudar a preservar o anonimato dos informantes.

3.3.1 Sistema de saúde do município

Quanto aos atuais recursos de saúde, dados do Ministério da Saúde permitiram observar que o município possui um hospital geral com cento e sessenta e três leitos, sendo que cento e dezenove leitos são destinados para atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.4 População do Estudo

Com relação aos recursos da rede não hospitalar, o município tem cadastrados, aproximadamente, cem profissionais de saúde alocados em oito Unidades Básicas de Saúde: nove são atendentes de consultório dentário; um assistente social; doze auxiliares de enfermagem; dezoito cirurgiões-dentistas; oito enfermeiros; quatro farmacêuticos; cinco fisioterapeutas; um fonodólogo; trinta e dois médicos (um cardiologista, doze clínicos gerais, um endocrinologista, seis ginecologistas, um neurologista, dois ortopedistas, nove pediatras); seis técnicos de enfermagem; dois terapeutas ocupacionais e um protético dentário.

Os elementos amostrais foram selecionados propositadamente, dentre os profissionais da saúde das Unidades Básicas de Saúde que preferencialmente atendam ou

atenderam (ou, também, que pudessem vir a atender) mulheres em situação de violência proferida por seu parceiro íntimo.

Os critérios de seleção são fundamentais, pois interferem na qualidade das informações, pois é por meio desses critérios, que se pode realizar a construção da análise e chegar à compreensão mais ampla do problema esboçado (DUARTE, 2002, p.141).

3.4.1 Unidades de observação

Esta pesquisa deu-se em uma cidade escolhida por ser acessível à pesquisadora e onde, no período de agosto de 2006 à setembro de 2011, foram notificados apenas dezesseis casos de agressões. A busca pelo número de notificações nesse espaço de tempo deveu-se a que Lei 11.340/06 (Lei Maria da Penha) foi aprovada em agosto de 2006, julgando-se então que esse período constitui-se num recorte temporal adequado para análise das notificações ocorridas no município estudado.

As entrevistas foram realizadas preferencialmente na Unidade Básica de Saúde em que os profissionais da saúde realizavam prestação de serviço, tendo sido possível viabilizar, no caso de solicitação do entrevistado por maior privacidade ou por algum outro motivo, um outro local de entrevista, de acordo com as preferências dos entrevistados.

O espaço físico destinado às entrevistas foi de certa forma inadequado, por permitir acesso eventual a outras pessoas – no entanto, era o espaço disponível. Isto pode ter comprometido a expressão de alguns participantes e, portanto, a qualidade de seus depoimentos.

3.5 Amostragem

A amostra estudada foi composta por 14 profissionais de saúde. Para escolha de seus componentes, foram considerados todos os critérios de inclusão especificados na metodologia. As entrevistas tiveram duração mínima de 10 minutos e máxima de 60 minutos. A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2010 a setembro de 2011.

Como critérios de inclusão foram utilizados: ser um profissional da saúde, trabalhar nas Unidades Básicas de Saúde no Município; estar na situação de poder atender mulheres que sofreram violência; apresentar condições de saúde físicas e psicológicas que

permitam uma entrevista de 30 a 60 minutos de duração e ter interesse em falar sobre o assunto, concordar em participar da pesquisa, o que foi registrado por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme modelo anexo (APÊNDICE 1).

Fontanella (2000, p. 69) em sua tese escreve que a amostragem na pesquisa qualitativa é geralmente intencional, diferindo das pesquisas quantitativas epidemiológicas que em geral utilizam a randomização como uma ferramenta para seleção dos participantes. Porém, independentemente do método escolhido, duas perguntas são sempre importantes para selecionar uma amostra adequada aos objetivos de uma pesquisa, sendo elas: “quem selecionar? quantos selecionar?” (FONTANELLA, 2000, p.19).

Utilizaremos para realizar o fechamento desse estudo a amostragem por saturação, que segundo Fontanella et al (2008, p. 17) constitui-se em uma ferramenta conceitual empregada frequentemente para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra intencional, interrompendo a captação de novos elementos. Noutro texto deste mesmo primeiro autor (FONTANELLA et al., 2011, p.390-392) explica-se por meio de oito passos uma técnica de tratamento de dados que permite aos leitores que tiverem acesso à pesquisa, saber como foi constatada a saturação teórica. Na presente pesquisa esses passos foram utilizados:

Quadro 1 – Passos procedimentais para constatação da saturação teórica.

Passos	Descrição
(1) Disponibilizar registros	Todos os pesquisadores têm acesso aos registros de áudio e aos transcritos, desde as primeiras coletas
(2) “Imersão” em cada entrevista	Leituras e audições individuais para identificar os núcleos de sentido nas falas dos sujeitos
(3) Compilação das análises individuais para cada entrevista	Dos temas e tipos de enunciados identificados por cada pesquisador (nas pré-categorias ou categorias novas)
(4) Reunião dos temas ou tipos de enunciados para cada (pré-) categoria	A cada entrevista, agregam-se falas exemplares dos núcleos de sentido identificados; é contínua
(5) Codificação dos dados	Nominação dos temas e dos tipos de enunciados dentro de cada categoria ou pré-categoria
(6) Tabelar temas e tipos de enunciados	Agregando-os para cada (pré-) categoria; destacando quando se deu a primeira ocorrência
(7) Constatação da saturação teórica para cada (pré-) categoria	Quando novos temas ou tipos de enunciados não são, de maneira consistente, acrescentados após novas entrevistas
(8) Visualização da saturação	Transformação da tabela em gráfico, possibilitando uma constatação visual da “saturação”

3.6 Coleta de dados

Fraser e Gondim (2004, p. 143) descrevem dois tipos de entrevista: a face a face e a mediada. Nas entrevistas face a face o entrevistador está diante do entrevistado e nesse momento podem ocorrer influências verbais e não verbais. Já a entrevista mediada são as realizadas, por exemplo, por telefone, por computador e por questionários, no entanto elas podem também gerar influências verbais e não-verbais.

Duarte (2002, p.146) informa que aprender a realizar entrevista depende da experiência no campo, sendo que essa experiência será construída com a reflexão realizada durante as leituras e com a realização das entrevistas; também requer que o(a) pesquisador(a) avalie e procure melhorar gradualmente seu desempenho e isso será possível durante a transcrição das entrevistas realizadas.

A postura do entrevistador na pesquisa qualitativa deve ser a mais neutra possível, não devendo, o entrevistador, esboçar opiniões que possa sugerir a sua visão/opinião pessoal (FRASER; GONDIM, 2004).

Nogueira- Martins e Bógus (2004, p.49) expõem o que o entrevistador deve desenvolver para realizar uma adequada entrevista: respeito pela cultura e valores, capacidade de ouvir atentamente e estimular o fluxo natural de informação a ponto dos entrevistados se sentirem à vontade na entrevista para se expressar.

É possível durante o diálogo entre entrevistado e entrevistador “apreender significados, valores e opiniões e compreender a realidade social com uma profundidade dificilmente alcançada por outras técnicas” (FRASER; GONDIM, 2004, p.150).

3.6.1 Instrumento de coleta de dados

Conteve o instrumento um tema principal, comum a todas as entrevistas, e que foi introduzido de forma aberta aos entrevistados: "o que lhe vem à cabeça sobre sua experiência de ter interagido ou vir a interagir, como profissional de saúde, com mulheres em situação de violência?" (APÊNDICE 2).

A maneira como esta questão foi feita a cada participante, dependeu de seu universo sociocultural e educacional. Secundariamente, alguns subtemas foram abordados (v. APÊNDICE 2, para o temário completo e demais dados que foram coletados).

3.7 Questões éticas

Utilizamos como referência, aliás obrigatória, a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), tentando garantir aos profissionais uma participação segura no estudo.

Inicialmente foi marcada uma primeira reunião com o secretário de saúde do município para apresentação do projeto de pesquisa, nesta reunião foi autorizada sua realização nas Unidades Básicas de Saúde. Em seguida, o projeto foi submetido à apreciação ética e ao acompanhamento do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, sendo aprovado em 14 de julho de 2010, de acordo com o parecer nº 258/2010 (Anexo 1).

Na sequência, foi realizada uma segunda reunião com o secretário de saúde do município para informá-lo sobre a aprovação do estudo e organizar a entrada da pesquisadora em campo. Os profissionais foram contatados um a um e, por meio de aceitação espontânea, foram solicitadas suas autorizações formais para a realização das entrevistas, mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1), elaborado de acordo com as normas da referida Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

As entrevistas foram agendadas conforme a preferência de cada participante e foram realizadas após se ter garantido aos participantes os seus direitos, através dos seguintes procedimentos: elucidação do objetivo da pesquisa, garantindo os direitos de recusa de participação; participação na pesquisa com total liberdade para desistir de participar, não importando a fase em que a pesquisa se encontrasse, sem que se sofresse qualquer dano ou prejuízo de qualquer ordem; autorização por escrito, em impresso próprio, na qual o pesquisador se comprometeu a empregar os dados obtidos apenas com a finalidade do estudo; o anonimato dos participantes foi garantido, sendo as identificações de cada participante realizadas com letras, garantindo assim a preservação das identidades dos participantes. Pelo mesmo motivo, omitiu-se o nome da cidade onde a pesquisa foi feita, procurando assim garantir que mesmo por meios indiretos pudesse o anonimato ser desrespeitado.

As entrevistas foram transcritas integralmente para análise e, depois de terminada, as gravações digitais foram inutilizadas, impedindo usos indevidos das mesmas.

Foi garantido aos participantes que esse material seria utilizado exclusivamente nesta pesquisa e, eventualmente, em aulas de cursos universitários, sem citação da autoria e guardados os cuidados de confidencialidade e privacidade.

O TCLE (APÊNDICE 1) somente foi assinado pelos participantes depois de lido juntamente com a pesquisadora e depois de se sentirem e se expressarem suficientemente esclarecidos.

O procedimento que poderia representar risco psicológico seria um eventual desconforto diante de alguma pergunta; o risco físico previsto foi o de desconforto em razão da duração das entrevistas, previstas para 30 a 60 minutos.

Diante do desconforto psicológico em relação a alguma pergunta, quando relatado pelo participante ou constatado pela entrevistadora, a entrevistadora/pesquisadora modulou o andamento da entrevista de modo a abrandar tal desconforto. Quando e se desejado, o participante pôde interromper sua participação na pesquisa, o que foi explicitado no TCLE e, de fato, ocorreu uma única vez (tendo sido esta entrevista retomada posteriormente, a pedido da própria participante).

Esta pesquisa provavelmente não beneficiou diretamente ou imediatamente os participantes. Porém, tiveram a oportunidade de falar o que pensavam sobre o tema pesquisado, o que algumas pessoas consideraram como algo positivo.

3.8 Análise dos dados

Para Nogueira-Martins et al (2004), a classificação e organização dos dados preparam o pesquisador para uma fase mais complexa da análise, que ocorre à medida que o pesquisador passa a reportar seus achados, apresentando-os de forma clara, coerente, interpretativa e compreensiva, produto de revisões e reavaliações de ideias anteriores ou de novas ideias que podem surgir neste processo.

Para a análise dos temas emergidos das entrevistas adotamos o referencial metodológico da análise de enunciados (BARDIN, 1977), que procurou, portanto não se prender somente aos temas surgidos nas entrevistas, mas procurou também elementos contextuais para inferir ideias, sentimentos e possíveis defesas psicológicas.

4 RESULTADOS

A seguir, o Quadro 2 e a Tabela 1 respectivamente expõem algumas características individuais dos profissionais de saúde entrevistados e algumas características da amostra como um todo.

Quadro 2 – Perfil individual sociodemográfico e profissional dos participantes.

Inicial fictícia	Perfil individual
A	Feminino; 42 anos; superior completo; farmacêutica; declara-se branca; casada; católica; 1 filho; 21 anos de formada; há 10 anos na UBS.
B	Feminino; 44 anos; superior completo; farmacêutica, declara-se branca; separada; católica; 2 filhos; 20 anos de formada; há 6 anos na UBS.
C	Feminino; 45 anos; ensino médio; técnica de enfermagem; declara-se branca; casada; espírita; 2 filhos; 6 anos de formada; 6 anos na UBS.
D	Feminino; 25 anos; ensino superior incompleto; técnica de enfermagem; negra; casada; católica; sem filhos; 4 anos de formada; 1 mês na UBS.
F	Feminino; 55 anos; ensino médio; técnica de enfermagem; branca; viúva; espírita; 1 filho; 10 anos de formada; 3 anos na UBS.
G	Masculino; 23 anos; ensino superior; enfermeiro; branco; católico; solteiro; sem filhos; 2 anos de formado; 9 meses na UBS.
H	Feminino; 28 anos; ensino superior; enfermeira; branca; solteira; católica; sem filhos; 5 anos de formada; 2 meses na UBS.
I	Feminino; 54 anos; ensino médio; auxiliar de enfermagem; branca; casada; católica; 2 filhos; 11 anos de formada; 11 anos na UBS.
J	Feminino; 31 anos; ensino superior; enfermeira; branca; casada; evangélica; sem filhos; 5 anos de formada; 8 meses na UBS.
K	Masculino; 48 anos; ensino superior; médico; branco; casado; católico; 1 filho; 20 anos de formado; 15 anos na UBS.
L	Masculino; 46 anos; ensino superior; odontólogo; branco; casado; um filho; 23 anos de formado; 20 anos na UBS.
M	Feminino; 36 anos; ensino superior; odontóloga; branca; casada; católica; sem filhos; 15 anos de formada; 10 meses na UBS.
N	Masculino; 49 anos; etnia: branco; ensino superior, médico; católico; casado, 01 filho; 21 anos de formado; 20 anos na UBS.
O	Masculino; 46 anos; ensino superior, médico, branco; casado, católico; 2 filhos; 17 anos de formado; 06 anos na UBS

QUADRO 3- Perfil sociodemográfico da amostra como um todo.

Variável		N
Sexo	Feminino	09
	Masculino	05
Estado civil	Solteira (o)	02
	Casada (o)	10
	Viúva	01
	Separada	01
Filhos	Nenhum	04
	Um	06
	Dois	04
Escolaridade	Fundamental completo	0
	Médio completo	04
	Superior completo	10
Idade	23 a 55 (mediana = 44)	
Cor da pele declarada	Branca	13
	Negra	01
Religião	Católica	10
	Espírita	02
	Evangélica	01
	Nenhuma	01
Profissão	Auxiliar de enfermagem	01
	Técnica de enfermagem	03
	Enfermeira (o)	03
	Farmacêutica	02
	Médico (a)	03
	Odontólogo (a)	02
Tempo de formado	Até dois anos	01
	Três a cinco anos	03
	Seis anos ou mais	10
Tempo na APS	Até um ano	04
	Quatro ou cinco anos	01
	Mais que cinco anos	09

Compondo também os Resultados, o Anexo 4 (cujo arquivo em PDF se encontra gravado no CD-ROM anexado ao presente volume) conta com mais de 60 páginas. Nele são mostrados como foi feito o tratamento dos dados brutos (entrevistas transcritas) e como foi feita a distribuição dos enunciados considerados relevantes, presentes em cada entrevista, em relação às pré-categorias e em relação às subcategorias formuladas. Os quadros correspondentes a cada uma das catorze entrevistas são produto de um trabalho que se pretendeu minucioso de análise das mesmas. Observe-se também que nos quadros que compõem o Anexo 4, a primeira coluna abrangeu a pré-categorias com que se trabalhou, correspondendo a cada uma dos subtemas apresentados aos entrevistados. A segunda coluna corresponde às subcategorias formuladas *a posteriori* (depois de realizadas as entrevistas). A terceira coluna corresponde a unidades de registro, ou seja, aos temas, frases ou enunciados presentes nas entrevistas e que embasaram as subcategorias formuladas. Optamos por expor esses quadros para mostrar como procedemos à análise dos dados coletados, procurando contribuir para a transparência do processo investigativo.

Já os Quadros 3 a 6, expostos nas páginas seguintes, expõem como foram distribuídos os tipos de enunciados ao longo das entrevistas, ou seja. O primeiro momento em que um determinado tipo de enunciado “apareceu” está anotado como “N” e as eventuais recorrências deste mesmo tipo de enunciado, ao longo das entrevistas que se sucederam, foram anotadas como “x”. Tais quadros de resultados foram elaborados de acordo com a análise de cada uma das entrevistas, análise exposta, como comentado acima, no Anexo 4.

Segundo nossa análise, diante das entrevistas realizadas, houve saturação dos dados em todas as categorias formuladas, pois há uma nítida tendência de não mais surgirem novos tipos e temas ou enunciados nas (várias) últimas entrevistas realizadas.

Observe-se, entretanto, que já na entrevista de número 09, embora nem todos os tipos de profissionais de saúde que trabalham em Unidades Básicas tivessem sido entrevistados, já se podia ter a impressão de ocorrer a saturação. A inclusão na amostra de médicos e odontólogos (entrevistas 10 até 14), embora tenha gerado novos elementos para discussão (no total, sete novos tipos de enunciados), não gerou a formulação de novas subcategorias.

Quadro 4 - Temas ou tipos de enunciados relacionados à problemática que envolve a questão da mulher situação de violência (compreensão dos participantes).

TEMAS OU TIPOS DE ENUNCIADOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ocorrências
SOBRE A VIOLÊNCIA															
Tem natureza psicológica	N					x	x								3
É justificável	N			x	x			x	x	x					6
É uma situação do cotidiano, natural	N	x	x	x	x		x				x	x	x		9
Há tipos de violência				N	x	x			x	x	x				6
Redução da problemática à questão educacional		N			x		x								3
Determinação histórica				N	x										2
É aprendida				N	x		x	x	x						5
Pode ser episódica / ocasional		N		x				x				x			4
Os motivos			N							x		x	x		4
Problemática intersetorial		N													1
Especificidade ou não especificidade da violência dirigida à mulher													N		1
Violência sexual													N		1
Aparecimento de temas novos	3	3	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
FATORES DE RISCO															
Problemas e disfuncionalidades familiares		N	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x		11
Transtorno mental (agressividade = patologia)		N	x			x		x							4
Anomia social		N	x	x		x		x					x	x	7
Problemas sociais		N	x	x	x	x	x			x	x			x	9
Problemática cultural											N				1
Agressão na infância				N			x								2
Aparecimento de temas novos	0	4	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
QUESTÕES DE GÊNERO															
Tipologia diádica: mulheres ativas e passivas		N			x		x		x						4
Fatores pessoais que induzem a omissão/aceitação	N	x	x	x	x		x	x	x		x	x	x		11
Comportamentos típicos da mulher	N	x				x	x	x	x		x	x			8
O inverso: homem em situação de violência				N											1
Vitimização da mulher	N				x	x		x							4
Uma opção da mulher (estimula, deseja)		N			X		x	x	x						5
Mulher sofre imposições culturais		N	x	x	X	x		x	x			x	x		9
Coabitação como fator necessário à violência				N					x						2
Aparecimento de temas novos	3	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Legenda:

N = novo tipo de enunciado (primeira vez que ocorreu ao longo da coleta de dados);

x = recorrências.

Quadro 5 - Temas ou tipos de enunciados proferidos pelos participantes relacionados à recepção e aos primeiros cuidados às mulheres em situação de violência.

TEMAS OU TIPOS DE ENUNCIADOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ocorrências
APS E A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA															
Uma “população oculta”	N	x		x	x		x	x	x		x	x	x		10
Denúncia invade privacidade e gera consequências	N		x	x			x						x		5
Postura investigativa e de julgamento	N	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		13
Atenção a sinais indiretos	N					x	x				x		x		5
Críticas às políticas públicas assistencialistas		N			x		x								3
Profissional em posição de diferença sobre a mulher		N			x		x							x	4
Duplo ônus da mulher: ser agredida e ser atendida			N			x	x					x			4
Condutas devem decorrer de queixas explícitas				N			x	x	x		x				5
Aparecimento de temas novos	4	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
DINÂMICA DA RECEPÇÃO E PRIMEIROS CUIDADOS															
Divisão de trabalho dentro da equipe	N	x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	12
Ideia de um fluxograma do atendimento	N	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	14
Ênfase no encaminhamento			N				x	x	x	x	x	x	x		8
Sobre Pronto Atendimento			N		x		x		x	x	x		x		6
Ênfase no físico para diagnóstico	N		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x		11
A ideia de intersetorialidade e interdisciplinaridade			N	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	12
Utilização da palavra <i>acolhimento</i>				N	x		x	x	x			x			6
APS seria ineficaz					N		x	x	x	x					5
Ética pessoal VS ética política				N	x		x								3
Necessidade de sinais e sintomas para reconhecer	N			x			x								3
É uma urgência ou emergência?	N									x	x		x	x	5
Aparecimento de novos temas	5	0	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
NOTIFICAÇÃO															
Serviços responsáveis pela notificação			N	x	x	x	x			x	x	x	x	x	10
Notificação como um instrumento opcional			N							x		x			3
B.O como principal instrumento de notificação			N			x	x	x	x		x	x			8
APS como local para realizar BO			N					x							2
Tipos de notificações						N	x			x	x	x	x		6
O papel do sistema de notificação para o planejamento de medidas preventivas										N					1
Prática burocrática										N					1
Desconhece os meios de notificação	N	x		x		x		x		x		x	x	x	9
Aparecimento de temas novos	1	4	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	

Legenda:

N = novo tipo de enunciado (primeira vez que ocorreu ao longo da coleta de dados);

x = recorrências.

Quadro 6 - Temas ou tipos de enunciados relacionados a procedimentos a serem empreendidos na APS quantos às mulheres em situação de violência.

TEMAS OU TIPOS DE ENUNCIADOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ocorrências
MEDIDAS PREVENTIVAS SECUNDÁRIAS E TERCÍARIAS															
Importância do preparo técnico e profissional	N	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	14
Educação continuada		N		x	x		x	x	x	x					7
Dinâmica de atendimento sensível aos desejos do paciente	N	x	x				x	x			x				6
Papéis dos profissionais		N	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	13
Atenção aos transtornos psicológicos			N		x					x	x			x	5
Local apropriado para atendimento			N		x	x	x		x			x	x	x	8
Abrigo para as mulheres e filhos			N	x	x							x			4
Empoderamento da mulher					N				x			x	x		4
Recursos informais à saúde (igreja)	N								x						2
Longitudinalidade do cuidado				N										x	2
“Oportunidade”: característica dos atendimentos na APS					N										1
Atendimento policial			N	x	x					x	x	x	x	x	8
Aparecimento de temas novos	3	2	4	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
PREVENÇÃO															
Mídia incentivando mudanças de papéis sociais	N				x				x						3
Mídia como um fator de instrução											N				1
Lei 11.340/06 como instrumento de mudanças sociais				N			x	x					x		4
Prevenção primária, secundária e terciária		N	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	13
Função educativa da punição				N											1
Sobre a socialização primária		N	x			x	x								4
Aparecimento de temas novos	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	

Legenda:

N = novo tipo de enunciado (primeira vez que ocorreu ao longo da coleta de dados);

x = recorrências.

Quadro 7 - Temas ou tipos de enunciados proferidos pelos participantes sobre suas eventuais dificuldades pessoais e institucionais nos atendimentos realizados na APS.

TEMAS OU TIPOS DE ENUNCIADOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Ocorrências
QUESTÕES SOCIAIS E PSICOCULTURAIS															
Sentimentos dos profissionais	N	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	13
Sobre a especificidade da situação		N	x		x	x	x		x		x	x	x		9
Advogar pelas pacientes: difícil e com consequências	N	x	x		x	x	x		x		x				8
Questionamento de leis		N		x											2
Denúncia é complicado para a mulher		N				x									2
Profissional sem respaldo para notificar e atender		N					x			x	x			x	5
Contraposição autocontrole X impulsividade			N				x								2
O atual momento histórico diferente				N						x		x		x	4
Postura sexista (homem e mulheres em competição)					N										1
Atendimento da situação é algo complexo			N			x			x	x	x	x	x	x	8
Processo psíquico de identificação						N				x					2
Aparecimento de temas novos	2	4	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
DIFICULDADES EDUCACIONAIS															
Questionamento/ frustração da formação	N	x		x	x	x		x	x	x	x	x		x	11
Educação continuada/educação permanente	N				x	x	x			x					5
Dificuldades em relação à “atenção integral”	N	x	x	x		x				x			x		7
Sente-se sem capacitação		N	x	x		x	x	x		x			x		8
Separação das habilidades para atendimento		N				x				x	x				4
Dificuldades com a semiologia			N	x											2
Aparecimento de temas novos	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
DIFICULDADES INTRASETORIAIS															
Desconhece seu papel como profissional da APS	N	x	x	x	x	x		x		x	x		x	x	11
Críticas às políticas de saúde mental		N													1
Não sabe para onde encaminhar		N													1
Relacionamento profissional/paciente longo		N	x			x			x						4
Críticas à gestão do setor saúde e aos profissionais		N		x	x	x	x		x	x			x		8
Transferência de responsabilidade	N			x	x		x			x		x	x		7
Carência de canais de expressão						N									1
Críticas ao setor saúde													N		1
Aparecimento de temas novos	2	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
DIFICULDADES INTERSECTORIAIS															
Ausência de Intersetorialidade		N		x			x				x				4
Sentimentos e críticas quanto aos setores políticos e sociais												N		x	2
Críticas ao setor judiciário e de segurança pública		N		x											2
Desconhece a Delegacia da Mulher como equivalente a Conselho Tutelar					N						x				2
Aparecimento de temas novos	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Legenda:

N = novo tipo de enunciado (primeira vez que ocorreu ao longo da coleta de dados);

x = recorrências.

5 DISCUSSÃO

5.1 Problemática que envolve a questão da mulher em situação de violência (compreensão dos participantes)

5.1.1 Sobre a violência

“... é uma coisa muita aprendida também, a pessoa que ali, que é agredida e não dá queixa, de repente foi agredida pelo pai, ou via a mãe sendo agredida e ficava quieta (...) ele aprendeu a vida inteira que tudo se resolve na pancada.” (D, técnica de enfermagem)

Algumas crianças de fato ainda crescem em ambiente familiar onde a violência faz parte de seu cotidiano, podendo vivenciar agressões físicas, verbais ou psicológicas entre seus pais. Podem ainda vivenciar violências voltadas contra elas próprias nos seus cotidianos, como parte do “método pedagógico” para serem adultos que – na visão de seus responsáveis - consigam seguir normas e regras ditadas pela sociedade. Esse tipo de vivência, de alguma forma, passaria a ser natural para a criança, na opinião de D, assim como de outros entrevistados e também de pesquisadores do tema. Minayo (2006, p. 23) pontua que “pais e mães ainda hoje persistem em abusar física e emocionalmente dos filhos por tradicionais e seculares razões ditas pedagógicas.”

Mesmo diante de conquistas pela igualdade de gênero, muitas mulheres continuam em uma posição de submissão e passam suas infâncias e vidas adultas pensando e vivenciando a violência como algo importante para si e para seus filhos – trata-se de um construto histórico-cultural ainda fortemente arraigado na sociedade brasileira, pois vivemos em uma sociedade em que a desigualdade de gênero ainda dita regras, em que a mulher é a submissa e o homem é o dominador, algo observado também por D:

“... eu acredito que isso vem muito da formação dela, às vezes, via a mãe sendo agredida e ficava quieta, às vezes, era agredida pelo pai, por exemplo, tem que ficar quieta, tem que aprender ficar calada, a entender, eu acho assim... sei lá, submissão.” (D, técnica de enfermagem)

A subordinação sociocultural da mulher ao homem é de fato algo considerado como historicamente estabelecido e esta entrevistada parece sensível a esta questão. Compreensões (ao

nosso ver, acertadas) sobre isso ainda ocorrem, apesar de já no início do século XX o movimento feminista no Brasil ter iniciado a luta pela igualdade de gênero, por exemplo conquistando o direito de voto em 1932 e logo após, com a legislação trabalhista então instituída com o objetivo, entre outros, de proteger o trabalho feminino (GONÇALVES, 2006, p.28).

Para E, não estudar é algo que favorece a violência e a falta de estudo significaria futuro incerto para a mulher, pois sem a educação escolar ela não teria opção a não ser ter uma vida mais passível de agressões:

“... ontem, por exemplo, conversando com uma menina de 14 anos, ela sabe da vida, mas ela disse que não vai voltar a estudar, porque ela tá morando com um cara e ela não quer mais, ela ser... quer parir, a palavra certa é ela quer parir, ela não quer se defender, mesmo que é um futuro incerto aconteça”(E, técnica de enfermagem)

Esse pensamento expresso pela participante pode ser devido à sua percepção da dificuldade que a mulher tem de se impor socialmente como competente e capaz de ter uma vida pública. Essa ideia é uma construção social a qual a entrevistada parece se opor, que dita que o homem é aquele que sai da casa de seus pais para ter uma vida independente (estudar, trabalhar) e a mulher fica em seu lar para ser submissa (aprender os afazeres domésticos e cuidar do marido). Ressalte-se, porém, que essa submissão não é hoje tão explícita socialmente como era antes do final do século XX.

A subordinação da mulher em sua vida privada foi algo inclusive previsto em leis ao longo do século vinte (BRASIL, 1916), e que se mantém até nos dias atuais na vida prática de muitas famílias, por mais que tenha sido intensamente enfraquecida pelas conquistas feministas. Isso foi constatado quando entramos em contato com a necessidade de leis específicas que são empregadas para coibir a violência intrafamiliar (p.ex., Lei 11.340) sobretudo aquela impetrada por homens que, com exacerbada frequência, ainda praticam atos violentos contra seus membros familiares (BRASIL, 2002).

Já para B, a violência parece ser compreendida como um problema de variados setores da sociedade, e que ocorreria pela má distribuição de recursos para que seja trabalhada essa problemática:

“Penso que o problema tá no governo, que não distribui... verba com prioridade pra essa área”(B, farmacêutica)

A violência intrafamiliar de fato parece constituir-se como uma problemática social que envolve vários setores (saúde, educação, assistência social, jurídico e outros) e parece-nos também que as autoridades de todos os setores envolvidos na repressão e prevenção da situação estejam preparadas para a elaboração de projetos e execução dos mesmos para conseguir o objetivo principal que é a igualdade de gênero e a preponderância de uma cultura de não violência dentro de nossa sociedade.

As pessoas crescem em uma sociedade em que a desigualdade de gênero prevalece ditando regra, “a mulher é submissa e o homem é o dominador”. Ser inserida na situação de violência ou estar na situação de violência é algo que algumas vezes passa ser considerado natural para a mulher que tolera e para as pessoas que de alguma forma compartilham a situação. Observa-se esta mesma impressão nos discursos de L e D. Para L, a violência é algo considerado habitual para ela, como profissional, talvez dada a regularidade e frequência com que de alguma forma, clinicamente ou não, se defronta com esta problemática. Para D, a mulher tolera a violência por ser uma situação que ocorre em seu cotidiano:

“... aqui, você acaba até se acostumando, você fica mais específico.” (L, odontólogo)

“... a pessoa acaba se deixando levar pela agressão aí o companheiro às vezes, acostuma agredir, ela vai, ela pode ir atrás um dia, mas sempre pensa pra onde que eu volto depois.” (D, técnica de enfermagem)

Observe-se que a última frase de L (“você fica mais específico”) parece revelar uma tática que usa para o enfrentamento profissional desta situação que considera habitual, ou seja, concentrar-se naquilo que lhe seria mais específico de sua profissão (cuidados odontológicos).

O homem foi criado e orientado socialmente como pertencente ao “grupo que tem poder” (CABRAL, 1999), podendo utilizar a força para tentar ser atendido em suas demandas e desejos, pois sua história é tradicionalmente uma história de valentia e coragem. No entanto, segundo a interpretação de Leal (2003, p.89), a violência foi classificada por seus entrevistados como uma escolha pessoal, “escolha de cada um”, pois seus entrevistados relataram que as pessoas dentro da sociedade têm “as mesmas oportunidades”. Essa ideia, segundo a autora, dificulta a construção grupal de “comprometimento e responsabilização”.

Observa-se no discurso de D que o agressor a que ela se referiu teria passado por um momento de especial exaltação emocional e por esse motivo praticou atos agressivos contra seus membros familiares. O homem, por observar a desobediência desses membros familiares, pode de fato ficar intensamente inseguro com a perda de sua autoridade, liberando isso de forma violenta. Embora haja relativo consenso sobre a construção social da violência masculina, ela foi considerada pela entrevistada como episódica / ocasional, pelo menos neste caso específico que relatou:

“... às vezes, até mesmo para o marido, de repente foi um momento de fúria, foi lá bateu.” (D, técnica de enfermagem)

É percebido também nos discursos de M e L uma sobrevalorização dos “motivos da violência”, entendendo-se a partir desses enunciados que pensam sobretudo em motivos contingenciais e menos em motivações estruturais socioculturais:

“Você fica, às vezes, sabendo o motivo pelo qual aconteceu, quer dizer fica sabendo como aconteceu.” (M, médico)

“... você passa para o lado da paciente, mas sem você saber o motivo, o motivo dessa agressão.” (J, médico)

Assim, os discursos acima parecem corroborar a necessidade que o profissional tem de saber sobre os “motivos” que fazem com que a mulher esteja inserida na situação de violência. Uma hipótese explicativa para esses enunciados dos entrevistados e entrevistadas é novamente a educação patriarcal pela qual eles próprios passaram, inseridos que estão em nossa sociedade. A desigualdade de gênero que vivemos, impondo controles sobre a mulher, deve ser submissa e não deve contrariar seu marido em nenhum momento de sua união matrimonial. Situações que se contrapõem a este estatuto, por exemplo quando a mulher não segue essa educação/orientação, a violência pode passar a ter “motivos”, “justificativas”:

“Toda ação tem sua reação. Ela poderia... alguma coisa aconteceu. Ninguém bate em ninguém por à toa, sem nada.” (J, médico)

“... de repente a pessoa... não vou falar que não é culpado, quem bateu tem sua parcela de culpa, mas se ele aprendeu a vida inteira que tudo se resolve na pancada...” (D, técnica de enfermagem)

Cabral (1999) enfatiza esse tipo de iniciativa, descrevendo a importância da educação para enfraquecer a desigualdade de gênero, fator importante para ocorrência da violência doméstica.

Outro entrevistado parece justificar um ato violento como sendo uma situação liberada devido a fatores psicopatológicos:

“Eu acredito que ele tem que estar ou com algum problema psicológico muito grande ou com uso de substância” (F, enfermeiro)

A violência é um problema social que tem vários fatores de risco que levam geralmente o homem a tornar-se agressor ou a realizar atos violentos contra seus membros familiares, e a saúde mental comprometida é algo que pode certamente favorecer tais comportamentos. Mas, como ressalta um documento do Ministério da Saúde, situações como o uso de álcool e drogas e outros problemas mentais devem ser considerados problemas adicionais à violência, não devem ser considerados como *causas* da violência (BRASIL, 2005, p.14).

Ainda com relação às agressões realizadas pelo homem, os entrevistados trazem em seu discurso a existência de tipos de agressão em que a mulher pode ser inserida. Os seguintes enunciados parecem-nos mostrar que os entrevistados estão a priori sensíveis a considerar uma certa variedade de tipos:

“Agressão física, a agressão psíquica, psicológica e depois tem também o tipo de agressão em seu bairro, em sua residência.” (J, médico)

“Uma agressão verbal já é um tipo de violência, que eu acho que deveria ter algum tipo de punição ou de orientação pra defesa.” (D, técnica de enfermagem)

“Tem a verbal, a violência mental. Além da física, esse tipo de violência que a gente costuma ver em matéria na televisão, psicológica, verbal.” (L, odontólogo)

No entanto não houve citações a agressões sexuais antes da última entrevista realizada, pois somente M a mencionou. Isso, no que pese o atual consenso nacional e internacional sobre a necessidade de se considerar a violência sexual como um dos tipos de violência. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (1994) e a Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) de fato preveem os variados tipos de violência. No artigo

Art. 2º do documento da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher são citados três tipos de violência a violência física, sexual e psicológica, que podem ocorrer dentro do *ambiente familiar ou doméstico ou nas relações interpessoais*. Já a Lei 11.340/06 (Lei Maria da Penha) em seu Art. 7º presume e explica cinco formas de violência: a *física*, ação que prejudicar a integridade física e a saúde corporal; a *psicológica*, aquela que causa dano emocional, prejuízo à saúde psicológica e diminuição da autoestima; a *sexual*, a pessoa mantém ou participa de relação sexual não desejada, por meio de intimidação, ameaça e coação, forçar a utilização ou comercialização de sua sexualidade, podendo prejudicar sua saúde sexual e ou reprodutiva; a *patrimonial* é a situação que possa causar prejuízo de bens (objetos pessoais, de valor, documentos, recursos financeiros e outros) e, por fim, a *moral*, que é caluniar, difamar, lesionar e ofender (BRASIL, 2006).

A não menção à violência sexual pela grande maioria dos entrevistados pode decorrer das especiais dificuldades emocionais que se pode ter em considerar tal tipo de violência. Parece que quando se trata da violência sexual, o profissional sente-se ainda mais sensibilizado com a pessoa que está na situação:

“Imagina uma menina, uma adolescente, frente a um caso de violência sexual, pô, você vai, querer dar um suporte posterior a isso, eu acho interessante.” (M, médico)

Essa forma de “agir profissional”, ou de não agir, pode corresponder a sentimentos que, às vezes, podem ser entendidos pela mulher como uma dificuldade adicional da mulher em expor sua intimidade ou expor-se ao julgamento de sua situação. Por esse motivo, parece-nos necessário que o profissional seja acompanhado psicologicamente e que seja capacitado para que saiba abordar a mulher nas diferentes fases e quanto aos diferentes tipos de violência.

Reis et al (2010, p.330) pontuam que o despreparo do profissional do setor saúde beneficia o surgimento de diversos sentimentos no atendimento da mulher em situação de violência. Por esse motivo os autores pontuam a necessidade da capacitação e o desenvolvimento de atividades que abordem o psicológico desses profissionais, que durante o atendimento da mulher vítima de violência sexual, utilizam mecanismos internos para diminuir a angústia que ocorrem durante o atendimento.

Por vezes, o profissional pode não saber se existe algo específico para o atendimento da mulher em situação de violência:

“Não sei se tinha que ter algo específico para as mulheres, especificamente, não sei se... porque assim, a gente pega como médico: baleado e esfaqueado, não tem nem tempo de tentar conversar.” (M, médico)

Diante dessas dúvidas parece-nos importante a capacitação profissional para a temática, a consciência social por parte desses profissionais e mesmo a elaboração de normas técnicas específicas para o atendimento da violência doméstica, como existe para a violência sexual.

Neste sentido, Oliveira et al (2009, p.1040) explicam que os profissionais da APS vivenciam constantemente casos de violência intrafamiliar direcionada à mulher, sendo que esses casos nem sempre são reconhecidos como tal, gerando retornos repetidos pela mulher e com baixa resolubilidade. As autoras ainda concluem a explicação pontuando a mulher em situação de violência não é uma clientela reconhecida para o trabalho da APS, pois não existem ações previstas para essa situação, isto é, “para a violência doméstica, não há o equivalente à norma técnica para a violência sexual, que orienta as ações a serem realizadas”.

5.1.2 Fatores de risco

Saber dos motivos geradores da situação de violência é algo aparentemente considerado importante para C. Isso pode ser decorrente da necessidade de dados que o profissional tem para elaborar diagnósticos situacionais e planos de cuidados e de orientações para a mulher que se encontra nessa situação:

“Porque a pessoa agiu assim? Existe alguma causa que leva, seria algum problema psicológico? Ou de repente, sei lá, o surgimento de alguma síndrome?” (C, técnica de enfermagem)

Variados fatores causais e de risco, segundo as compreensões dos participantes, foram comentadas. Parcela substancial desses fatores estão situados, segundo o que os enunciados nos fizeram inferir, na dinâmica da vida familiar.

“E se você for ver também, a maioria que chega aqui para nós são pessoas de baixa renda, que às vezes não tem escolaridade, que tem um monte de filhos e está grávida novamente ...

tudo isso acontece porque a base está errada... eu acredito muito nisso, na base estar errada, da educação... elas têm o bebê, depois engravidam de novo, ficam com o parceiro, é assim... não aprendem, entendeu?” (G, enfermeira)

Diante do discurso de G, a socialização primária, a situação econômica familiar e a gravidez recorrente, seriam fatores de risco que favorecem a inserção e a perpetuação da mulher em uma situação de violência. No entanto, parece que o ponto chave desta fala é o suposto fator educacional: a entrevistada parece entender que a base educacional está errada, necessitando de melhor educação para que não ocorra gravidez repetida, uma situação familiar instável economicamente e a tendência à manutenção de um relacionamento conjugal problemático.

Proporcionar um ambiente seguro e tranquilo para a criança e com adequada educação é pensar em seu futuro como adulto, ideia fartamente amparada pelas teorias psicológicas. Essa reflexão é também observada na fala de E, quando relata que a não privacidade da intimidade do casal e as discussões intrafamiliares são circunstâncias que também podem favorecer na ocorrência da situação de violência, pois teriam influência negativa no desenvolvimento da criança:

“... se o cara quer relação naquela hora, não interessa se o filho tá do lado, nem deixa mais escuro, não é que a criança não vai saber, mas criança de 2, 3 anos, repetindo os gestos [de cópula] que os pais fazem no seu íntimo é muita coisa. Eu sei que tem criança que vê tudo que os pais fazem... palavras tudo.” (E, técnica de enfermagem)

A ausência do pai nas famílias monoparentais também foi considerada pelos profissionais como algo que pode favorecer a ocorrência da violência doméstica contra a mulher na geração seguinte. Esse pensamento pode ser decorrente da sociedade com características culturais de patriarcado em que ainda vivemos, onde a mãe cuida do cotidiano dos filhos e do lar e o pai é o responsável pelo sustento família e pela correção de seus desvios de comportamento. No discurso de B, ela enfatiza o abandono como algo que favorece a violência dentro da instituição familiar:

“... pai abandona filho, pai não assume filho... penso que as pessoas já vêm de famílias desestruturadas.” (B, farmacêutica)

Já agressão na infância é uma situação que pode favorecer para que a criança que foi agredida seja um adulto agressor ou uma adulta que tolere a agressão, pois essa situação pode se tornar natural para as pessoas que agredem e para as pessoas que são agredidas:

“Quem bate também ou tinha alguma ou via alguma violência dentro de casa, se for buscar na história, sempre tem, acho que não tem como fugir muito disso... eu acredito que isso vem muito da formação dela. Às vezes, via a mãe sendo agredida e ficava quieta, às vezes era agredida pelo pai, por exemplo, tem que ficar quieta, tem que aprender ficar calada.” (D, técnica de enfermagem)

Parecendo existir, segundo o discurso de D (acima), um aprendizado social para a violência durante o processo de socialização primária humana.

Conforme comentamos na introdução desta tese, a mulher obteve ganhos em sua vida privada e pública, porém esses ganhos não resultaram ainda em total igualdade das relações de gênero. É possível inferir uma atenção a esta questão no discurso de E, que caracteriza os casamentos sucessivos como uma forma de autoviolência. A mulher poderia se valer desse recurso de “troca de marido” para garantir mesmo que uma “casa entre aspas” (sem a infraestrutura considerada básica pela entrevistada) e tais condições seriam propícias à ocorrência de atos violentos:

“... falando de violência, elas mesmo se autoviolentam, a troca de marido, de casa... de companheiro, a gente... elas nem sabem quem estão levando para dentro de casa, casa entre aspas, as vezes é um quarto e mora todo mundo lá.” (E, técnica de enfermagem)

A família reconstruída pode ser percebida como um tipo de família que favorece a violência, segundo o que se observa no discurso de E. Ela pontua que pai e mãe teriam uma relação assimétrica em relação a um filho do primeiro casamento da mulher, e que por isto ela ficaria predisposta à agressão:

“... porque sempre a mãe que é mãe vai defender o filho que é de outro casamento e normalmente nenhum homem vai, difícil, respeitar o filho de outra pessoa, sempre tem um bate boca a partir disso.” (E, técnica de enfermagem)

A família do agressor poderia também dificultar o rompimento do ciclo de violência, na opinião de D. A mulher muitas vezes seria ameaçada para que não relatasse a situação que vem tolerando com o objetivo de não ser separada de seus filhos:

“... que no caso ela se deixou levar pela sogra, ex-sogra, pelo ex-cunhado dela, falavam que iam chamar o Conselho Tutelar.” (D, técnica de enfermagem)

Fatores fora das dinâmicas familiares geradores de violência familiar também foram mencionados. Segundo a fala de C, a pessoa que agride faz isso em decorrência de duas situações, a primeira é o sentimento de prazer e a segunda parece ser decorrente de uma patologia individual em nível psicológico:

“E também, alguém para cuidar da parte de lá [do agressor], do outro lado também, porque a gente não sabe em que situação... pode ser uma pessoa que tem prazer da violência, mas pode ser alguém que você vai descobrir algum motivo que está desencadeando.” (C, técnica de enfermagem)

Outro fator de natureza mais individual que favorece a ocorrência da violência, embora com forte interface com a situação social brasileira, é o uso e abuso de álcool e outras drogas. Esse uso/abuso pode ocorrer antes ou depois do ato violento, sendo que o agressor utiliza, muitas vezes, o uso dessas substâncias para justificar o ato realizado:

“... o uso de droga na família.” (B, farmacêutica)

“... muitas mulheres sofrem agressão todos os dias, às vezes, o marido chega bêbado e bate.” (D, técnica de enfermagem)

Minayo e Deslandes (1998, p.40-41) explicam que quando se trata do uso álcool e droga, ações de prevenção para diminuição do uso dessas substâncias são de fato importantes. As autoras citam como pontos de prevenção: melhor a educação básica, as condições de vida, a oferta de emprego, o reforço cultural de valores desapoando o consumo dessas substâncias e principalmente, deve ocorrer a valorização do diálogo e apoio familiar.

Fatores da dimensão social também foram comentados.

O participante O trouxe em seu enunciado, de forma inespecífica, a violência como um problema social e que as ações políticas atuais estão favorecendo a piora da situação:

“É um problema social muito grave e a incompetência de nossos governantes a tendência é só de piora.” (O, médico).

Pensar nesses fatores pode gerar dúvidas no profissional, principalmente quando se trata de classificar a situação como um problema econômico ou social. A violência é de fato um problema social que tem como fator de risco a situação econômica dos envolvidos. Fatores como desemprego e problemas financeiros poderiam se configurar como fortes estressores, cujo alívio poderia se dar através de atos violentos contra seus membros familiares. C traz esse questionamento e enfatiza que a situação financeira pode gerar atos violentos dentro da família:

“Problema socioeconômico? Então acho que teria que equilibrar bem isso daí... então é um motivo, uma falta de uma condição financeira. Às vezes, uma pessoa que não tem uma certa estrutura que não teve orientação acaba se tornando suficiente para ela estragar tudo.” (C, técnica de enfermagem)

Já para E, a independência econômica pode inserir ou retirar a mulher dessa situação:

“... a violência parte normalmente do financeiro, o que eu percebo é do financeiro, então a gente tendo a dignidade do que chama-se dinheiro, a gente toma algumas frentes.” (E, técnica de enfermagem)

De modo mais abrangente, ao refletirem sobre os possíveis fatores sociais envolvidos na gênese e na perpetuação da violência dentro das famílias, alguns entrevistados pensam estar vivendo em uma sociedade em que as regras e leis geralmente não são cumpridas, algo como que a percepção de certa anomia social e impunidade:

“Quer dizer a lei existe, mas não é muitas vezes cumprida.” (B, farmacêutica)

Ela se referiu ao que acontece após o ato violento. Parece algo muito incerto para o profissional, pois em muitas das situações o agressor comete seus atos violentos e fica impune a

mulher, por sua vez, fica com receio de realizar a denúncia pela consequência que esse ato pode trazer para a mesma:

“... a gente tem caso de marido deixar... fazer a violência e deixar a pessoa trancada e ficar assim... uma noite inteira lá e então quando ela vê, porque ela tem medo do que vai acontecer.” (C, técnica de enfermagem)

“... nossa... ela vai ver quando eu sair daqui, vai se ver comigo”, de repente ele sai de lá com mais raiva ainda e aí qualquer situação que acontecer é motivo pra agredir de novo.” (D, técnica de enfermagem)

Pensando na violência como um problema social, O traz em seu discurso a descrença a respeito da melhora dessa situação no Brasil e faz críticas à respeito do atual momento que estamos vivendo :

“É muito difícil o Brasil conseguir melhora, não sou político, não quero ser, sou médico, mas infelizmente a gente vê que o mundo está tentado melhorar e o Brasil está inerte nesse sentido, não vejo nenhuma ação que consiga reverter essa situação.” (O, médico)

5.1.3 Questões de gênero

A vitimização da mulher em situação de violência é algo também construído culturalmente, e essa construção deixa ainda mais nítida as diferenças de gênero existentes em nossa sociedade. No entanto, trabalhar essa diferença parece ser algo difícil para o profissional, parecendo haver uma tendência entre alguns entrevistados de perceberem a mulher como um ser passivo e por vezes naturalmente sujeito à possibilidade de sofrer violência.

Alguns participantes denominam explícita ou implicitamente a mulher em situação de violência como “vítima”, parecendo deixar claro considerar que essa mulher não tem força e nem apoio da sociedade para lutar contra a situação, necessitando, muitas vezes, fugir de seu lar para proteger a si e aos seus filhos:

“... certas reportagens que eu assisto, vejo que as pessoas, às vezes, são muito maltratada, elas são acolhidas numa casa de pessoas de... maltratadas.” (**E, técnica de enfermagem**)

“... se ela é mesmo vítima, coitadinha e não tem por onde sair, então acho que tudo tem que ver os dois lados.” (**A, farmacêutica**)

“... é assim vítima de violência, você tem que fazer boletim de ocorrência” (**I enfermeira**)

“... quando você se depara com casos clínicos não se fala muito agressão, se foi agressão, 'a mulher foi vítima da agressão'” (**L, odontólogo**)

Leal, Lopes e Gaspar (2011, p.417) consideram que a compreensão da mulher como vítima da situação dificulta as ações que têm como objetivo o emponderamento da mulher, pois considerar a mulher “vítima da violência” exclui sua participação no rompimento do ciclo de violência.

Buscar ajudar a mulher da situação de violência a sair desta posição faz com que o profissional procure investigar o que acontece, parecendo então tender a utilizar uma postura analítica sobre as características sociopsicológicas da mulher que assiste, postura esta que podemos considerar como típica e mesmo imprescindível às profissões clínicas. Às vezes, não consegue entender quais os motivos que fazem com que a mulher em situação de violência tenha tolerado os atos violentos de seu parceiro, classificando tais mulheres em dois tipos: as ativas em relação à violência e as passivas:

“... tem umas que gostam de apanhar... tem gente que adora e continua entre tapas e beijos de alguma forma... então se ferra mesmo, pô. Vai fazer o quê? Não tenho sentimento nenhum quanto a isso. Acho mais que merecem umas bordoadas, na boa.” (**B, farmacêutica**)

Essa concepção de que, às vezes, existem mulheres que “... merecem umas bordadas...” pode ser explicada pela educação patriarcal ainda hegemônica, pois esse tipo de educação deixa claro que a mulher deve seguir normas e regras ditadas pelo homem e, quando isso não ocorre, elas devem ser punidas. Sendo assim, as punições, inclusive físicas, podem ser consideradas naturais. Neste tipo de discurso exemplificado na fala de B, outros fatores que não uma eventual passividade das mulheres não são consideradas, como por exemplo, o medo das

dificuldades financeiras que a família terá que tolerar no caso de uma revolta da mulher, fazendo então que a mulher omita do profissional ou *aceite* a situação.

Porém outros entrevistados trazem em seus discursos várias situações que fariam com que mulher omita ou *aceite* a situação de violência. O fator financeiro, além de ser considerado um fator de risco para a violência, como já discutido, parece ser por vezes visto como a “ponta do iceberg” explicativo para a aceitação/omissão ocorrência da situação. Observe-se que nas falas seguintes que logo em seguida ao enunciado de uma hipótese financeira para o aceite da violência, emergem outras hipóteses mais complexas:

“... acho que é por conta do salário, é por conta... não sei... pelo relato delas, é que elas gostam deles, não tem coragem de largar.” (G, enfermeira)

“... que é pelo medo, vem pela situação social... que às vezes, ela é mantida pelo próprio agressor, então também, tem medo que isso aconteça, ela tem, entre aspas, um amparo financeiro, ela tem receio também pela família... receio pela própria integridade física dela, integridade da família, de um todo; e não só física... às vezes, também, se cala porque, às vezes, tem a questão financeira envolvida, eu acho que é por isso.” (K, odontólogo)

São aventadas nessas falas, portanto, as hipóteses de que estejam envolvidas desventuras amorosas e sentimentais entre os parceiros e o medo quanto à integridade física (da própria mulher envolvida e de outros membros da família).

De fato, pode-se cogitar que a mulher em situação de violência, ao denunciar ou contar seus problemas para um profissional da saúde, pode experimentar alguns pensamentos e sentimentos que favorecem a omissão/aceitação da violência. Ela sabe que a reação do agressor pode ser até pior se ele tiver conhecimento de que foi exposto e alguns profissionais também parecem sabê-lo:

“O parceiro fica perto, próximo, não tem como a gente retirar ele do lado. Então, isso dá uma coisa de ameaça pra elas e elas negam até o fim.” (G, enfermeira)

Adicionalmente, levantou-se a hipótese de que o comportamento de omissão da mulher em situação de violência também pode decorrer dos sentimentos *amorosos* que ela vivenciaria, talvez como se somente ela detivesse tais sentimentos ou que assim fosse culturalmente esperado:

“Ai, mas também tem o amor que ela sente por ele, tem tudo... mas, também, tem os filhos, muitas também, eu já ouvi vários casos que a mulher não larga do marido por causa dos filhos. Ela sofre essa violência e às vezes é até ameaçada de morte e fala que não larga do marido por causa dos filhos.” (H, auxiliar de enfermagem)

Esse enunciado exemplifica a fase da “*construção da tensão no relacionamento*”. Nessa fase, a mulher tenta acalmar seu agressor e pensa que sua raiva não irá surgir em outros momentos, sendo essa a primeira fase do ciclo de violência descrito no manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p.23). Observe-se, então, que a participante H parece deter um conhecimento advindo ou diretamente de sua prática profissional ou de vida sua vida pessoal e que tal conhecimento poderia facilmente ir ao encontro de teorizações, como a divulgada pelo manual ministerial.

Segundo outra participante, quando a mulher pensa em prevenir atos violentos, ela muitas vezes assume alguns comportamentos típicos, como por exemplo:

“... elas falam que não foi o parceiro e você vê que realmente foi uma agressão... a gente não tinha prova que era agressão ou não. Segundo o relato dela, ela ia confirmar para polícia que ela tinha batido a cabeça na guia.” (G, enfermeira)

A identificação desses comportamentos *típicos* mostra que a profissional entrevistada está atenta não apenas ao que é explicitado pela mulher atendida, mas também às intenções que parecem apenas implicitamente. A chamada “atenção integral” deveria iniciar-se com uma escuta ativa da mulher em situação de violência, algo importante para conhecer como percebe sua realidade de vida e como vivencia suas expectativas com relação aos setores responsáveis pelo atendimento da situação. Na fala de G, parece ser exercida tal escuta ativa, porém apenas no sentido de que o profissional *interpreta* o que observa, embora não pareça intervir clinicamente de forma coerente com essas interpretações.

H traz em seu discurso a percepção que tem das necessidades de algumas mulheres que atende se manifestarem explicitamente:

“... muitas querem desabafar, falar tudo, então, eu acho que nesse caso a gente ouviria a pessoa (...) tem mulheres aqui que demonstram tristeza, tristeza... sei lá.” (H, auxiliar de enfermagem)

Essas últimas falas que comentamos correspondem a reflexões de alguns entrevistados acerca das possibilidades expressivas que estariam à disposição das mulheres em situação de violência, possibilidades vistas pelos participantes, como que de forma não teórica, como poucas e cerceadas por circunstâncias ambientais em que está presente a questão das desigualdades de gênero. Na última frase (de H), por exemplo, a participante expressa em termos ateóricos algo próximo ao que Oliveira et al (2009, p. 1044) sugeriram: a mulher nessa situação tem a necessidade de falar sobre o assunto e o profissional tem como papel realizar uma “escuta interessada”, de forma sigilosa, privada e sem pré-julgamento – postura profissional que se contraporia às forças de cerceamento das falas das mulheres.

No entanto, observamos que os discursos dos participantes parecem representar uma visão crítica um tanto volúvel da situação da violência doméstica impetrada por parceiros íntimos, com frequentes mudanças de direção em relação aos julgamentos feitos. Em trechos das entrevistas de G e E, a mulher em situação de violência faria *opção* pela violência:

“... nossa, merece, porque, quanto mais você fala, num larga da pessoa, fica apanhando e vai tendo filho, se vê... fica grávida e continua tendo entendeu?” (G, enfermeira)

“... hoje ela ta de novo com o cara, é um primeiro casamento ela aceita” (E, técnica de enfermagem)

Como já comentado, a mulher em situação de violência muitas vezes não consegue suplantar sua situação a não ser se mantendo com seu cônjuge, pois perder seu vínculo marital pode resultar em dificuldades diversas (financeiras, julgamento da sociedade e outras situações que podem expor a si e sua família). Dois entrevistados deixaram explícitas suas visões sobre as imposições culturais sobre as mulheres, embora tenham revelado duas diferentes expectativas prognósticas:

“... mais o caso da mulher é diferente, ela está submissa a uma situação e é difícil, não vai mudar.” (M, médico)

“... eu acho que, o meu conselho é a independência, em tudo você tomar, lógico é difícil, mas nós mulheres, nós somos cabeça mesmo, nós temos tudo pra se tornar independência.” (E, técnica de enfermagem)

Para estar ou ser inserida na situação de violência doméstica impetrada por parceiro íntimo certamente não é necessário coabitar com seu parceiro/agressor. A coabitação em tese poderia diminuir a frequência dos atos violentos, pois o homem pode ficar mais violento quando percebe que seu poder e seu controle sobre seus membros diminuem ou cessam e a proximidade física a priori facilitaria tal controle. No entanto para os entrevistados a coabitação é um fator como que subentendido para a ocorrência da situação, conotando talvez a expectativa do lugar da mulher (no espaço doméstico compartilhado com um homem):

“... isolando esse caso, que a mulher não morava mais com o marido (...) foi agredida pelo marido que não morava com ela...” (D, técnica de enfermagem)

As relações monoparentais e o divórcio são situações que, muitas vezes, não são aprovadas pela sociedade e que causam insegurança econômica na mulher que está nessa situação e que tende a induzir a ocorrência da violência (GIDDENS, 2005, p.152).

O esposo inseguro com a perda de sua autoridade e controle dentro do núcleo familiar retorna à sua antiga residência e produz atos violentos contra seus membros.

No discurso de D, acima, parece ser considerado um fato isolado a inserção da mulher em situação de violência quando cônjuge não reside na mesma casa que “seus membros”

Por fim, D em seu discurso nos lembra que o homem também pode ser inserido na situação de violência doméstica impetrada por parceiro(a) íntimo(a) e atualmente essa situação não seria um fato isolado em nossa sociedade, dando a entender ser sensível à percepção de que ocorrem mudanças culturais relativas a gênero:

“... às vezes, acontece ao contrário, a mulher bater em homem.” (D, técnica de enfermagem)

5.2 Recepção e primeiros cuidados às mulheres em situação de violência

5.2.1 APS e a mulher em situação de violência

“... porque elas não chegam na Unidade Básica de Saúde , elas vão para o atendimento de urgência e emergência” (G, enfermeira)

“Unidade Básica... você acha que não tem, deve ter, mas elas não relatam, né?” (I, enfermeira)

Parece-nos que os entrevistados, trabalham com a ideia de que a mulher em situação de violência doméstica impetrada por parceiro íntimo seja uma “população oculta” aos serviços APS. Adicionalmente, esses profissionais parecem tender a buscar “sinais” para o reconhecimento da situação.

Provavelmente em razão das dificuldades em realizar a identificação da situação, o profissional, em determinados momentos, pode perceber-se necessitado de ajuda de outras pessoas para saber que a mulher em situação de violência foi procurar os serviços de saúde:

“Olha que eu me lembre nunca atendi, mas eu cheguei a ver. porque ela veio aqui e depois que ela foi embora que surgiu o comentário que ela tinha sido... que o marido tinha batido nela, que ela sofreu violência, mas não cheguei conversar nada com a pessoa (...) nunca atendi uma pessoa assim, nesse caso.” (H, auxiliar de enfermagem)

Pode acontecer de o profissional estar atento a sinais indiretos, como ao medo ou à vergonha que uma mulher pode experimentar ao expor sua vida privada, a mulher demonstrando sua vivência por meio de sinais indiretos:

“Às vezes, chega aquela mulher, você vê que ela está mais intimidada...” ((M, odontólogo)

Diante da possibilidade acima mencionada de haver como que uma “ocultação” das situações de violência impetrada por parceiro íntimo, os serviços de saúde se beneficiariam de profissionais suficientemente capacitados para identificar essas situações, profissionais que consigam realizar a “escuta ativa” dessas mulheres.

Bannwart e Brino (2011, p.10) ressaltam que a capacitação dos profissionais do setor saúde teria como “objetivo investir na promoção de ações que sensibilizem esses profissionais” acerca dos direitos e necessidades da pessoa na situação de violência, pois esse treinamento realizado aumentará a capacidade desses profissionais para identificar e reconhecer a situação de violência e expandir o compromisso em notificar a situação.

Parece-nos que os profissionais percebem um “nó” difícil de ser desfeito, que seria o “voltar” da mulher para o ambiente doméstico, o cenário onde há o relacionamento interpessoal problemático, caso a situação em que vive seja revelada durante um atendimento:

“... primeiro que já é difícil a mulher que conta isso e que quer um auxílio, muitas vezes ela se sente ameaçada (...) muitas vezes, o próprio agressor está junto. Então eu acho que deve dar mais atenção, ficar mais atento a esses casos.” (M, médico)

Então, para que o profissional tenha êxito no diagnóstico da situação seria importante que estivessem sensibilizados para identificar a problemática e estivessem preparados para realizar a “escuta ativa” dessas mulheres:

“... quer conversar... Não só pegar medicação e ir embora. Então, enquanto a gente pega a medicação, vai conversando... (A, farmacêutica)

Quando não é possível identificar a situação por meio dos supostos sinais indiretos interpretados durante esta “escuta ativa”, os profissionais podem tender a agir somente por meio de “queixas explícitas” e direcionar a situação para o atendimento de outros profissionais.

“... precisaria conversar com ela para saber se é agressão ou não (...) para ela procurar suporte, se for por conta que ele coloca alimento em casa, tem assistente social.” (G, enfermeira)

No entanto, o profissional pode perceber as dificuldades existentes no setor saúde e fazer críticas às políticas percebidas como assistencialistas, pensando que deve haver um “olhar político” para esse setor:

“... penso que o problema tá no governo, que não distribui... verba com prioridade pra essa área, não é dar bolsa, não é dar graduação de má qualidade, é começar do básico.” (B, farmacêutica)

Em algumas ocasiões, os entrevistados revelaram sentir-se incitados a investigar sobre o acontecido, sendo que nesses casos essa anamnese pode ter dois objetivos: para conseguir

dados para direcionar o atendimento (M), como seria a praxe clínica, ou procurar o(a) culpado(a) pela situação (A e B), numa postura aparentemente de maior valorização de juízos de valor:

“... ficar mais atento a esses casos, para poder saber o que está acontecendo (...) tem que ficar atento aos casos, chegar, procurar saber.” (M, odontólogo)

“... acho que sempre tem que ver os dois lados, não dá pra... tudo que fala acreditar, acho que sempre tem que ver os dois lados, não dá pra de cara você...” (A, farmacêutica)

“... não tenho sentimento nenhum quanto a isso, acho mais que merece umas bordoadas na boa.” (B, farmacêutica)

Essas duas faces da procura de dados durante um atendimento, ora com postura investigativa ora de julgamento adotada pelo profissional, pode ser explicada em parte a partir inclusive do que é preconizado pelas normas de atendimento às situações de violência. Quanto à postura investigativa, para que ocorra assistência da mulher em situação de violência, precisamos de dados para realização da notificação, pois precisamos identificar se houve violência física ou sexual. O instrumento de notificação, como comentaremos na discussão específica sobre este tópico, é um instrumento que necessita de dados de como foi a agressão, quem é o agressor, localização do ato, data e outras informações que são importantes e que de alguma forma podem expor a mulher em situação de violência. Para conseguir essas informações, o profissional, deve realizar “apuração” dos fatos através de perguntas que, às vezes, pode ser entendida como invasão da privacidade da mulher ou exposição de sua vida privada. Já, quando se trata da postura de julgamento, vivemos em uma sociedade que ainda prevalece a desigualdade de gênero e a “educação patriarcal”. Essa situação, “educação patriarcal” determina que a mulher deve ser submissa e deve manter “silêncio para os acontecimentos privados”. Devido a essa situação o profissional pode pensar que a mulher de alguma forma é culpada ou estimulou os atos violento de seu parceiro.

Segundo Bannwart e Brino (2011, p.5-7) conversar de maneira investigativa para obter *provas* a respeito da violência é algo considerado pelas autoras como “comportamento de alto risco”, pois expõe o profissional a várias situações e isso pode inserir esse profissional a outra forma de violência.

Um outro aspecto que pode caracterizar o atendimento na APS, como também certamente em qualquer outro cenário assistencial, é a questão revelada por alguns entrevistados de

pensarem que existem diferenças entre ele ou ela, profissional, e a mulher em situação de violência, por vezes fazendo com que o profissional se sinta em posição privilegiada em relação à mulher:

“Então tá aí a diferença entre a gente e ela, mas, se elas querem, é complicado, como você vai fazer pra uma pessoa não querer [ser agredida]?” (B, farmacêutica)

O profissional que se sinta despreparado pode experimentar vários sentimentos no atendimento da mulher em situação de violência, utilizando mecanismos internos para diminuir a angústia diante da situação (REIS et al, 2010, p.330). Além desse preparo emocional, Leal, Lopes e Gaspar (2011, p. 418) pontuam que, para que ocorra “ajuda e apoio”, à mulher em situação de violência é importante o preparo teórico em relação à temática, pois esse preparo irá favorecer o “saber agir e identificar os casos”.

Os entrevistados pensam acerca da importância do atendimento da mulher em situação de violência de forma respeitosa, para que essa mulher não seja exposta/coagida (C) e pensa também na importância da postura respeitosa dos profissionais durante o atendimento (F):

“... é um serviço, sei lá, eu penso que seria um serviço com psicólogo ali, tentar não constranger ela, quem nem se vai num lugar assim....chama primeiro o serviço da policia que penso, que seja assim” (C, técnica de enfermagem)

“.... já fica meio que uma algazarra uma pessoa trocando olhar com a outra de indignação e isso ser prejudicial pra ela não vai conseguir confiar”, 'o que eu vou falar, o que eu vou fazer, como eu vou fazer o exame pra não deixá-la mais constrangida'” (F, enfermeiro)

Estar em situação de violência é algo que viola todos os direitos da mulher, que expõem a mulher em todos os sentidos. Essa postura de saber agir e de respeitar é algo importante para que ocorra o vínculo entre mulher e profissional, pois a mulher precisa sentir-se respeitada nesse momento, pois suas expectativas e ilusões dentro de sua vida privada foram seriamente abaladas.

5.2.2 Aspectos da dinâmica da recepção e dos primeiros cuidados

Nas falas dos entrevistados, a ideia de uma equipe multiprofissional parece permear suas impressões sobre a dinâmica da recepção e de primeiros cuidados às pacientes:

“Todos, o médico, enfermeiro, auxiliar, técnico, eu acho quem tiver à frente, até mesmo as recepcionistas, eu acho que poderiam sim.” (I, enfermeira)

Esse estilo de trabalho é, em tese, importante para alcançar aquilo que seria a “atenção integral” da mulher em situação de violência, e conseqüentemente conseguir responder às suas necessidades, ideia que nos parece estar presente no seguinte enunciado:

“Então como eu te falei, eu acho que deveria ter todos esses profissionais pra restabelecer a integridade dessa pessoa, seja física ou psicológica, talvez seria essa atuação toda em conjunto com todos os profissionais.” (K, odontólogo)

Além de considerarem a equipe multiprofissional, os entrevistados parecem pretender atuar de alguma forma utilizando também as ideias de multi e interdisciplinaridade e também de intersetorialidade. Mesmo que se possa constatar em algumas falas dificuldades para uma precisa delimitação desses conceitos, a intenção demonstrada é de consideração a essas características da atenção, pretendida pelas profissões da área da saúde atualmente:

“No ponto de vista psicológico, na verdade, esse atendimento deve ser multidisciplinar, com o médico, psicólogo, psiquiatra, psiquiatria, legal, tem que haver um atendimento legal de advogado e tudo mais, uma segurança dela não ser...de alguma forma, o Estado, a sociedade tem que dar uma segurança para que ela não passe por isso novamente, mas...de novo, acho que o médico, a função primordial do médico no atendimento.” (O, médico)

“... a parte de autoridade policial, indo, vendo se tá tudo bem. A pessoa passando, talvez em outro departamento, criado pra isso, de tá tendo segurança.” (B, farmacêutica)

Ainda sobre o delineamento geral da dinâmica dos primeiros cuidados, para o participante M, a seguir citado, o atendimento da situação de violência não se restringiria apenas ao momento em que a mulher procura ajuda. O entrevistado traz a necessidade de uma visão em perspectiva longitudinal do acompanhamento dessa mulher (“depois da violência”):

“Eu acho que seria interessante assim, você ter um suporte para dar um tratamento posterior a isso, não só no ponto de vista policial ou no ponto de vista jurídico, mas também do ponto de vista psicológico, ter para onde encaminhar, pra onde...porque depois da violência isso é complicado.” (M, médico)

Observe-se, no entanto, nesta fala uma aparente tendência de considerar a “violência” como agressão física, mais facilmente situado em um episódio.

Já no discurso de L, emerge a ideia de que os profissionais que atendem à situação na APS devem estar adequadamente preparados profissionalmente e psicologicamente, ou seja, não bastaria que tivessem uma visão mais abrangente (interdisciplinar e intersetorial) e longitudinal (perspectiva temporal), mas também há a ideia de um atendimento feito por profissionais competentes:

“Precisa formar uma equipe muito bem formada, profissionais bem formados, bem conscientes, bem estruturados emocionalmente também, porque eles vão tar mexendo com coisas, que vão estar mexendo com coisas, que vão mexer com o interior deles.” (L, odontóloga)

Autores como Mota e Aguiar (2007, p.370), havendo sobre isso um certo consenso tácito na literatura e no dia a dia do trabalho, explicam que o trabalho interdisciplinar é de fato indicado para melhora da qualidade do atendimento. No entanto, ainda existiriam dificuldades para sua execução, estando entre elas desde uma “precária formação dos alunos na graduação” até uma “defesa corporativa das profissões”, passando pelas “relações de trabalho que deverão incorporar princípios do trabalho em equipe, prevenção, reabilitação, inclusão da família e paliativismo” (MOTA;AGUIAR, 2007, p.370).

No discurso de D, como de outros participantes, percebe-se que o primeiro atendimento da mulher em situação de violência está para esses profissionais como que previamente organizado, do ponto de vista cognitivo, na forma de um fluxograma. Para esta entrevistada, a prioridade estaria no atendimento policial e na estabilização psicológica da mulher:

“Então, é feito uma ocorrência, o primeiro impacto é organizar tudo oficialmente. Então, eu iria dar esse conforto psicológico para ela, entendeu? (...) Primeiro dar atenção para ela, deixar acalmar, dar aqueles cuidados, aquele tempo.” (D, técnica de enfermagem)

A priorização das questões psicológicas encontra algum fundamento na literatura da

área. Para Schraiber e Oliveira (1999, p.13), por exemplo, abordar as questões relacionadas à violência constitui-se em ouvir a mulher nessa situação, conscientizar-se com relação à existência da problemática e poder perguntar acerca da situação no momento oportuno, sem constrangimentos, pois quando essa situação é tratada com pressa ocorreria uma outra violência, pois de certo modo desrespeitaria a trajetória da mulher nessa situação.

Embora o raciocínio pareça se estruturar na forma de um fluxograma, ocorre às vezes, como se pode depreender a partir de algumas entrevistas, de o profissional sentir dificuldades em determinar o caminho institucional a ser percorrido para conseguir efetivar um bom atendimento da mulher. Na fala da entrevistada B, por exemplo, não se parece considerar que a APS é uma das portas de entrada preferenciais para o sistema de saúde:

“... uma pessoa que sofre uma violência vai ter que ir pra onde? Um Pronto Atendimento? Tem UBS, tudo bem, então menos pra uma UBS, mas mais pra um P.A.” (B, farmacêutica)

Ainda dentro da dinâmica de recepção e dos primeiros cuidados, há no discurso de K a ideia da divisão do trabalho dentro da equipe, sendo que essa divisão seria realizada de acordo com as práticas do cotidiano de cada profissional:

“... quando existe a necessidade de restabelecimento físico, médico, no caso, dentista, qualquer profissional que seja solicitado. Acho que a questão da parte psicológica, o profissional da área de psicologia também, no caso da área de assistente social também.” (K, odontólogo)

Estas considerações da participante vão parcialmente ao encontro da ideia de interdisciplinaridade. Saupe et al (2005) explicam que o trabalho interdisciplinar é aquele que tem como peculiaridade a possibilidade de trabalho em equipe, respeitando os alicerces das disciplinas. No entanto, nesta frase da entrevistada não aparece outro aspecto do trabalho interdisciplinar também apontado por esses autores: aquele referente a uma busca soluções para os problemas *de forma compartilhada*. Quanto a este aspecto, o raciocínio parece privilegiar mais a lógica multidisciplinar ou pluridisciplinar. Essa forma de pensar e agir, não favorece a interlocução entre os profissionais e isso beneficia os encaminhamentos, proporcionando a transferência do problema para um setor ou profissional. E essa situação, transferência/encaminhamento, é desfavorecida

quando a abordagem é realizada de forma interdisciplinar. Pois, segundo Castro, Fontanella e Turato (2011 p.1028) o foco da interdisciplinaridade é extrapolar “a mera aproximação das contribuições disciplinares”, proporcionando a interação entre especialistas de diferentes áreas do conhecimento científico.

No discurso de G, abaixo, a palavra *acolhimento* surge como se referindo a um processo que aparentemente divide o trabalho dentro da equipe. Nessa forma de trabalho, à primeira vista, os profissionais executam seu papel separadamente, sem cooperação direta:

“O acolhimento, o acolhimento dessas mulheres, cada um mediante a sua competência, porque não adianta eu ir fundo numa coisa que eu não tenho competência para ir buscar.” (G, enfermeira)

No entanto, o profissional, ao ressaltar que cada um trabalharia “mediante a sua competência” está, como já comentado, levando em consideração um dos aspectos de uma efetiva interdisciplinaridade, ou seja, a consideração das habilidades relacionadas mais de perto a cada um dos campos disciplinares que compõem as diversas profissões da área da saúde.

Parece-nos válido comentar o sentido aparentemente dado à palavra *acolher*, termo atualmente bastante utilizado na APS. Algumas vezes, parece associar-se ao conceito de triagem:

“Acolher a pessoa, acolhe a pessoa, ver as primeiras necessidades.” (E, técnica de enfermagem)

Quando se trata da eficiência do setor saúde no acolhimento, a entrevistada E não parece crer na eficiência dos profissionais para realizar essa estratégia e tal descrença parece se associar à já referida dificuldade de organizar o fluxo institucional de atenção:

“... acolhimento nosso nessa área de saúde, fica a desejar, porque eu acho que o acolhimento deveria ser tipo o de uma criança, tem o conselho tutelar, deveria, não sei, chamar esse conselho tutelar, deveria encaminhar essas pessoas pra psicólogo, tudo que é ólogo, mas não falar daqui a um mês você tem retorno, não, [deve-se priorizar] o momento.” (E, técnica de enfermagem)

Uma frase de C chega aparentemente a conotar a APS como *local inadequado para o atendimento* da situação e sim como o local adequado para o *encaminhamento*:

“É... quando vem, como é uma UBS, a gente encaminha pra o Pronto Socorro.” (C, técnico de enfermagem)

A profissional aparentemente pensa que o encaminhamento dever ser feito de forma organizada e rápida para o Pronto Atendimento, o que de fato estaria indicado somente no caso de graves lesões que se constituíssem em uma urgência para a saúde física. Esta ideia de associar de forma imediata e preponderante a violência com agressão física grave repete, ao nosso ver, o sentido do enunciado de M (médico) acima analisado. No dizer de C:

“... aí pede uma ambulância pra ir para o Pronto Socorro para cuidar disso e então fica bem pouco porque você encaminha.” (C, técnico de enfermagem)

Há porém, de se considerar o que se poderia considerar como o outro extremo dos encaminhamentos vistos como necessários. Alguns entrevistados falam para quais profissionais a mulher deve ser encaminhada e frequentemente enfatizam os profissionais da saúde mental:

“... eu encaminharia ela para o psicólogo, para um ambulatório de saúde mental e para profissional da psicologia...” (G, enfermeira)

Os serviços de atendimento de urgências e emergências, como os Prontos Atendimentos e Prontos Socorros, foram um locais frequentemente citados pelos entrevistados como adequados para o encaminhamento e atendimento das pacientes:

“É... quando vem, como é uma UBS, a gente encaminha pra o Pronto Socorro.” (C, técnica de enfermagem)

“... mandaria para o Pronto Socorro, onde há um médico que poderia fazer um laudo, tem que fazer um B.O.” (E, técnica de enfermagem)

Alguns profissionais demonstram não valorizar a APS como um nível adequado para realizar esse atendimento complexo à mulher (I e G). Fica, no entanto a dúvida sobre o porquê desta não valorização:

“Eu acho que não somos nós que vamos resolver esse problema.” (G, enfermeira)

Em seu discurso, a entrevistada E fala sobre a necessidade de sua unidade de APS estar mais preparada para o atendimento, o que levanta a hipótese de que não considera os processos de trabalho lá praticados como suficientemente “abrangentes”:

“... porque a gente deveria ter uma abrangência melhor, porque a violência não chega ao nosso... na nossa UBS, não tem um acompanhamento, que dizer, nossa UBS, nossa, vou colocar essa UBS aqui.” (E, técnica de enfermagem)

Aparentemente chega-se a desacreditar que na UBS possa ser realizada a atenção integral da mulher em situação de violência:

“... mas, eu acredito que não tenha uma ação integral” (I, enfermeira)

Houve alocações em que os profissionais trazem também uma suposta descrença de profissionais de outros setores a respeito da eficácia da APS no atendimento da mulher em situação de violência:

“... é assim vítima de violência, você tem que fazer boletim de ocorrência, automaticamente os próprios policiais encaminham você pro Pronto Socorro. Apanhou, teve agressão, alguma coisa, encaminha para o Pronto Socorro” (I, enfermeira)

Alguns entrevistados não parecem acreditar tratar-se de uma urgência a prevenção de riscos à mulher e seus familiares. A utilização das palavras urgência e emergência, ou dos conceitos a elas associados, se fazem apenas, ou de forma preponderante, em relação aos problemas físicos decorrentes da violência:

“Como o volume, o nosso número de paciente aqui é muito grande, nós não temos condições de pararmos e levantar esses casos com detalhes, dar o apoio psíquico para essa paciente ou pro marido, para quem seja. (...) Se for caso de emergência você vai tratar e você vai encaminhar, você vai dar o primeiro atendimento. Se não for esse caso, se for um caso mais secundário você vai encaminhar para um ambulatório.” (J, médico)

Parece haver a necessidade de os profissionais observarem sinais corporais ou ouvirem queixas diretamente relacionadas à violência para reconhecer a mulher que está em situação de violência:

“Entender a história dela para tentar ajudar um pouco, mas seria isso, na sintomatologia para dar o primeiro cuidado no ferimento, se aparecesse muito, se tivesse alguma coisa quebrada ou não, precisaria conversar com ela para saber se é agressão ou não.” (G, enfermeira)

“Se a pessoa chega, vamos supor, chorando... ‘ai apanhei do meu marido!’” (A, farmacêutica)

As evidências de violência física, além de aparentemente facilitar o reconhecimento da situação, associa-se à emersão de vários sentimentos dos próprios profissionais diante de uma mulher agredida:

“Nossa... da uma sensação assim de raiva na gente, quando você vê uma mulher agredida, tava marcada (...) chegou uma mulher espancada, olho roxo, tava muito nervosa, chorava bastante.” (D, técnica de enfermagem)

D falou sobre a conduta adotada no atendimento de uma mulher, parecendo valorizar as intervenções do médico diante da situação:

“... médico mandou cobrir, fazer curativo e pediu pra dar calmante para ela.” (D, técnica de enfermagem)

As evidências físicas de violência parecem ser emocionalmente impactantes para alguns entrevistados, chegando a lhes ocorrerem dúvidas cruciais, talvez imobilizantes:

“Sinceramente, se chegar alguém aqui realmente espancada demais aqui, desesperada, eu não saberia o que fazer.” (D, técnica de enfermagem)

Por vezes pensou-se que a mulher admitida na unidade de APS após o episódio de violência é aquela com “marcas físicas”, algo que, caso ocorra de fato no dia a dia dos serviços, pode prejudicar a qualidade da avaliação/atendimento, à medida que somente os casos explícitos e nos quais já houve uma passagem ao ato por parte do agressor seriam percebidos:

“... eu vi pessoa meio conhecida machucada, e agora... machucada fisicamente, pode ter sido na briga, mas é... acho que na consequência de... na discussão tudo vira, vira bicho né?” (E, técnica de enfermagem)

“... ela vai estar machucada (...) marcas, hematomas, arranhão, marcas de bituca de cigarro queimado.” (F, enfermeiro)

O profissional pode experimentar dilemas no atendimento que envolvem valores aparentemente fortemente enraizados:

“É assim, eu não tô só indo [pensando na situação] pela minha formação, estou indo pela minha estrutura familiar, pela educação que eu tive. (G, enfermeira)

Os entrevistados, aparentemente, não percebem facilidades em se passar do âmbito da vida pessoal (onde se exerce uma ética pessoal) para o âmbito da vida profissional-institucional (onde uma ética política é também exercida). A entrevista G traz à tona este tema:

“É assim, eu não tô só indo pela minha formação, estou indo pela minha estrutura familiar, pela educação que eu tive.” (G, enfermeira)

5.2.3 Notificação

Podem ser inferidas a partir das falas dos entrevistados variadas dificuldades quanto à notificação da violência.

Os seguintes trechos parecem-nos elucidativos do aparente desconhecimento dos participantes acerca do instrumento de notificação que pode ser utilizado no setor saúde:

“Nunca vi nenhuma notificação ou algum funcionário parar e falar: ‘isso aqui é uma violência doméstica, vou preencher esse formulário para ser notificado.’” (J, médico).

“... eu não conheço pelo menos, na área da saúde se tem algum boletim de notificação de violência pelo menos eu nunca vi se tem, eu não sei se tem, eu até gostaria de saber.” (F, enfermeiro)

“Não conheço, se tem realmente eu não sei... a polícia veio, a mulher fez o boletim de ocorrência, mas parou aí, a parte em si, o que poderia, o que falta, um documento desconheço, não sei mesmo.” (D, técnica de enfermagem)

O desconhecimento sobre a existência do instrumento de notificação no setor saúde pareceu independer da formação profissional recebida:

“Não conheço, se tem realmente eu não sei, acho que no máximo, eu acho, igual na Santa Casa, pelo menos quando chegou aquele caso, acho que ligaram de lá, a polícia veio a mulher fez o boletim de ocorrência, mas parou aí, a parte em si, o que poderia, o que falta, um documento desconheço, não sei mesmo.” (D, técnica de enfermagem)

“... eu não conheço. Pelo menos da área da saúde tem algum boletim de notificação de violência? Pelo menos eu nunca vi se tem, eu não sei se tem, eu até gostaria de saber” (F, enfermeiro)

No entanto, não se descartou a necessidade de conhecer e saber como utilizar este instrumento de notificação:

“Não sei, não sei. Como se faz isso?” (B, farmacêutica)

“... eu não sei se tem, eu até gostaria de saber.” (F, enfermeiro)

Além do aparente e relativamente simples desconhecimento, alguns depoimentos indicam dificuldades de outros tipos. Por exemplo, quando se tratou de considerar quais seriam os serviços responsáveis pela notificação, alguns entrevistados pareceram valorizar, sobretudo, os locais que seriam apropriados a este procedimento. Uma entrevistada apontou os postos de Pronto Atendimento:

“Pronto Socorro... lá toma as providências, como estar notificando, estar chamando as autoridades policiais, alguma coisa assim pra fazer ocorrência.” (C, técnica de enfermagem).

Uma compreensão deste tipo se contrapõe ao Decreto nº 5.099/04, que informa que o registro no Sistema Único de Saúde (SUS) dos casos de violência é fundamental para dimensionar e visualizar as consequências da problemática, sendo que essa notificação contribui também, para o desenvolvimento das políticas e das atuações governamentais em todos os níveis (BRASIL, 2004). Não há, de modo preestabelecido, um tipo de serviço ou mesmo um setor apropriado para a notificação e sim o momento apropriado para o preenchimento de tal documento. Esse momento seria na entrada da mulher nos serviços de saúde, qualquer que seja ele.

No discurso da participante I, está presente a idéia de um instrumento específico para a notificação e esse instrumento estaria como que alocado em locais específicos:

“... no Pronto Socorro mesmo, tem. Pelo menos, quando trabalhei lá, tinha, chegava e a gente fazia toda a notificação, independente se ela tivesse feito ou não o boletim de ocorrência, a gente fazia a notificação sim.” (I, enfermeira)

Outra dificuldade que nos pareceu ocorrer entre os entrevistados é a associação da idéia de “notificar” com a idéia de “denunciar”, havendo como que uma tendência a uma certa policialização dos registros de violência:

“O único instrumento de notificação é chamar a polícia. Que eu conheça, só o boletim de ocorrência.” (G, enfermeira)

“Boletim de ocorrência, que a mulher vai lá e faz boletim de ocorrência contra o marido, porque ela foi espancada. Eu acho é a única notificação.” (H, auxiliar de enfermagem)

“Acho que deveria acionar a delegacia da mulher, ela vai vir aqui, acompanhar a mulher.” (D, técnica de enfermagem)

Dificuldades de variadas ordens, quando se trata de notificar situações de violência, foram também enfatizadas no estudo de Bannwart e Brino (2011). As pesquisadoras observaram certo despreparo profissional para lidar com as pessoas “vítimas de violência”, sendo que a falta informações adequadas foi verificada “várias vezes nas falas e nos questionamentos que os participantes fizeram” (p.8). E essas dificuldades, possivelmente, podem ser decorrentes do

desconhecimento dos profissionais de como proceder no atendimento desses eventos (BANNNWART; BRINO, 2011, p. 8).

No caso específico que comentamos nesta seção, o desconhecimento em questão se situa na indiferenciação conceitual entre notificar e/ou denunciar a situação, o que aparentemente faz com que o profissional pense que um registro policial de ocorrência é o instrumento de notificação. De fato, os sentidos denotativos dos dois termos guarda certa semelhança, embora a ligação da segunda com o universo policial seja maior.¹¹ Ainda neste sentido, com finalidades ilustrativas, citamos as falas de dois outros entrevistados:

“... mas, principalmente com o BO, né? A ocorrência policial mesmo” (F, enfermeiro)

“fora o boletim de ocorrência, não conheço nem uma outra notificação” (A, farmacêutica)

Bannnwart e Brino (2011, p.10) explicam em seu artigo a importância do aperfeiçoamento profissional com relação à compreensão da diferença entre os termos “notificar” e “denunciar”, pois com o entendimento desses conceitos, os profissionais, não teriam a tendência a um “comportamento de esquiva” diante da situação.

O Ministério da Saúde diferencia os termos denúncia e notificação compulsória. O primeiro, seria o nome técnico empregado ao componente legal/judicial, que poderá dar início a ação penal pública promovida pelo Ministério Público. Já o segundo, a notificação, é a comunicação obrigatória de um fato, sendo responsabilidade dos profissionais da saúde seu preenchimento (BRASIL, 2010, p.39-40).

Um outro profissional entrevistado pontuou que a realização da notificação (ou da denúncia) vai depender do desejo da mulher (K) e que, em muitas das situações, existiria uma resistência por parte da mulher nessa situação em formalizar esses registros (F):

“Eu acho que essa questão vai muito da vontade da agredida querer fazer algum tipo de notificação, de boletim de ocorrência, de... realmente querer que o agressor seja punido de alguma forma.” (K, odontólogo)

¹¹ A palavra notificar, com origem no latim, tem como significado “dar a conhecer (notícia, informe etc.); comunicar, noticiar.” Já a palavra denunciar, também de origem latina, denota 'levar ao conhecimento de, notificar', conferir a responsabilidade de uma ação criminal ou demeritória a alguém ou a si mesmo (HOUAISS, 2009).

“... todos os casos deveriam ser notificados, mas tem uma... acho que até hoje tem uma certa resistência da paciente agredida” (F, enfermeiro)

Parece-nos, que quando a mulher em situação de violência não deseja a notificação da situação, essa atitude pode caracterizar para o profissional como uma desatenção para com sua situação:

“... mais de repente a pessoa pode pecar por omissão. Se a pessoa não permitir. Pode ser omissa no caso e também se chamar e não for aí pode ser complicado” (B, farmacêutica)

A obrigatoriedade da notificação é algo que certamente causa dúvida no profissional, pois de acordo com o discurso dos entrevistados, muitas vezes a notificação da mulher em situação de violência é algo considerado como opção da mulher:

“Eu acho eu essa questão vai muito da vontade da agredida querer fazer algum tipo de notificação, de boletim de ocorrência,...” (J, odontólogo)

Tais posturas se contrapõem à Lei 10.778/03 (Art. 5º), que estabelece que, quando identificada essa situação, deve ser realizado a notificação obrigatoriamente, sendo que quando não realizada tal fato constituir-se-ia numa “infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis” (BRASIL, 2003).

Situando a questão dos registros de situações de violência sobretudo na sua dimensão policial, os profissionais podem de fato tender a se esquivar de realizar tais registros, como apontado por Bannwart e Brino (2011), premidos que estariam por terem, segundo suas compreensões, de enfrentar uma burocracia em uma esfera de trabalho que não é as suas e que é sabidamente difícil e de natureza conflituosa. Por outro lado, como visto na introdução desta dissertação, os códigos de ética dos profissionais os incitam a não se omitirem diante de situações que afrontem a dignidade de seus pacientes e a mencionada Lei 10.778 tem uma redação constrangedora, prevendo sanções penais no caso de descumprimento da notificação.

Ao procederem aos atendimentos clínicos das pacientes em situação de violência, não bastando a própria complexidade da situação de saúde dessas mulheres com as quais se defrontam, parece-nos que os entrevistados se sentem em meio a uma profusão de obrigações, ameaças de sanções e de necessidades de enfrentamento de uma burocracia que não dominam e que,

de fato, não se espera que dominem, não fazendo parte de suas esperadas competências *denunciar*, mas sim somente *notificar*.

Esse excesso de procedimento que obrigatoriamente os profissionais devem executar, muitas vezes gera dúvidas e isso é enfatizado no discurso de N?

“Geralmente a parte burocrática é a parte de preencher papel, tem várias coisas. O que você vai da prioridade de preencher? O que ela vai falar para você e você vai falar que aquilo é importante? Pra você relatar isso aí. É isso que nós não estamos preparados para esse tipo de atendimento (...) Lógico, lógico, lógico que eu tenho, várias dúvidas, várias. Tanto da prática burocrática, da parte psíquica dessa paciente, como é que nós vamos conduzir essa paciente.” (N, médico)

O instrumento de notificação que dever ser utilizado pelo setor saúde, contém perguntas que se assemelham com a denúncia realizada na delegacia, tais como: nome completo, nome da mãe, endereço, data de nascimento, executar a comunicação obrigatória do fato pode ser percebido pelo profissional como algo que invade a privacidade da mulher. Podendo, essa investigação epidemiológica, gerar desconforto psicológico e ansiedade tanto para a mulher como para o profissional, por não saberem quais as consequências que essa notificação terá na vida da mulher:

“... isso durante o tempo que ele fica lá dentro, nossa... isso pode se envolver por sentimento de raiva, dele por ela, ‘nossa..ela vai ver quando eu sair daqui, vai se ver comigo’, de repente ele sai de lá com mais raiva ainda e aí qualquer situação que acontecer é motivo pra agredir de novo.” (E, técnica de enfermagem)

“... ao mesmo tempo a gente ajudar, mas não na maneira de fazer o que elas não estão querendo, não de, denunciar, de correr na frente, de querer arrumar confusão.” (B, farmacêutica)

J trouxe em seu depoimento, a importância do treinamento profissional para a notificação da violência, aparentemente ciente de sua importância para a efetivação das políticas públicas nesta área:

“Esses profissionais da saúde deveriam ter um certo treinamento, para interagirem junto com o caso, para eles levantarem o maior número de dados possíveis para serem notificados e esses dados entrarem na notificação do município. (...) em cima desses dados aí, a secretaria da saúde iria fazer um trabalho junto à família, junto à comunidade. A comunidade, a família como um todo.” (J, médico)

De fato, a notificação é um instrumento importante para a elaboração e melhoramento de políticas públicas voltadas às mulheres em situação de violência no âmbito conjugal, além de auxiliar no dimensionamento dessa problemática (SALIBA et al, 2007, p.476).

5.3 Procedimentos a serem empreendidos na APS quanto às mulheres em situação de violência

5.3.1 Medidas Preventivas Secundárias e Terciárias

Considerando que a prevenção secundária corresponde à identificação precoce da população de maior risco e que a terciária dirige-se aos indivíduos que já são agressores ou estão na situação de alvos de atos violentos, faremos algumas considerações sobre as perspectivas dos entrevistados quanto a este tema.

Um entrevistado referiu-se ao atendimento da mulher em situação de violência como algo que deve acontecer em um local apropriado, o que seria importante para que essa mulher consiga conversar com o profissional de forma privativa e sigilosa:

“... uma abordagem em num lugar reservado que a paciente não tenha que se expor a um constrangimento maior. Você tem que abordá-las com calma, tem que tentar fazer a paciente adquirir uma confiança (...) atender a paciente em local preservado, sem entra e sai de pessoas, sem pessoas batendo na porta, porque isso já quebra um pouco da confiança dela...” (F, enfermeiro)

Depreende-se deste enunciado que o participante não considera trabalhar em local “preservado” e que garanta privacidade aos pacientes. No entanto, quando se trata do local

apropriado para atendimento, K sugere aparentemente descartar uma unidade de saúde e indica uma “delegacia da mulher”:

“Procurar uma delegacia especializada da mulher e entrar com um boletim de ocorrência e o profissional, provavelmente uma delegada, vai avaliar o caso, cada caso é um caso e baseado nas questões legais ela vai punir ou vai fazer alguma coisa contra esse agressor.” (K, odontóloga)

Certamente que a delegacia da mulher também tem como objetivo assegurar às mulheres em situação de violência tranquilidade e segurança. No entanto, é de fato essencial que o profissional da APS tenha ele próprio um local/espço físico específico para atendimento e eventual direcionamento dessa mulher para outros setores responsáveis pelo atendimento.

Quando se trata dos papéis dos profissionais do setor saúde na identificação precoce dos casos, os entrevistados expõem em seu discurso quais seriam as táticas desejáveis:

“Se nós trabalharmos com a prevenção, tudo fica mais fácil o custo fica mais barato. Eu acho que é a melhor saída aí. (...) Eu acho que é saber conversar com essa paciente” (K, odontóloga)

“Tentar acalmar e ouvi-las, você vai ouvindo, porque ela está muito nervosa e vai acalmando...acalmando eu digo assim, quanto mais você vai ouvindo (...) Tinha que ter uma pessoa...teria que ser muito paciente? Uma pessoa muito paciente que tivesse ouvindo (...) O diálogo, sabe, a gente sentar conversar” (C, técnica de enfermagem)

Importante pontuar que a entrevistada K traz como papel do profissional execução de um trabalho preventivo, de um modo geral, uma das funções dos profissionais da APS, com uma aparente tendência a não querer usar unicamente o “modelo biomédico” em seu cotidiano profissional. Já C traz em seu discurso a escuta da mulher nessa situação e essa forma de trabalho é importante para que ocorra a orientação com qualidade da mulher nessa situação. Ambas apontam, portanto, para “saber conversar”, para a disposição em “sentar e conversar” e para “paciência” como importantes, atributos mais próximos de habilidades psicomotoras e afetivas/atitudinais do que de habilidades cognitivas. Não aparecem nestes enunciados o que Oliveira et al (2009, p.1042) explicam sobre a importância da “técnica de conversa”, uma “conversa específica” delineada e

estabelecida para produzir orientações e de encontrar formas de resolver a situação de violência e, portanto, devendo ser teoricamente fundamentada.

Ainda quanto à identificação precoce, um entrevistado parece ter feito menção não direta à Estratégia Saúde da Família apesar de, como os demais profissionais entrevistados, não trabalhar com esse método e sim em uma Unidade Básica de Saúde:

“... eu acho que o profissional deveria estar mais direcionado a atuar naquele bairro, vários profissionais, para eles levantarem os problemas e fazer um projeto, um estudo para atuar ali (...) Você tem que olhá-la como um todo, você não pode só ver essa paciente pelo trauma que ela sofreu, trauma físico, você tem olhá-la como um todo, um modo geral.” (J, médico)

Essa forma pensar e agir, isto é, conhecer as famílias, delimitar uma área de atendimento, parece que em tese de fato facilitaria o trabalho dos profissionais em realizar a prevenção primária, secundária e terciária

Além de se prever uma boa formação tanto individual quanto da equipe de trabalho como um todo, foi indiretamente apontado pelos participantes a necessidade de serem informados, aparentemente no sentido de se manterem em educação profissional continuada. Além disso, mencionou-se indiretamente que a vivência dos atendimentos pode causar sentimentos variados que podem levar a danos ao profissional, desfavorecendo o chamado atendimento integral, sendo também indiretamente sugerido que os profissionais do setor saúde sejam respaldados por profissionais da área da saúde mental:

“Precisa formar uma equipe muito bem formada , profissionais bem formados, bem conscientes, bem estruturados emocionalmente também, porque eles vão tar mexendo com coisas, que vão tar mexendo com coisas, que vão mexer com o interior deles.” (K, odontóloga)

“... acredito que deva haver projeto pra informar melhor, pra quem vai lidar diretamente, mas os profissionais que vão lidar diretamente com isso.” (B, farmacêutica)

Os entrevistados também trazem em seus discursos a *longitudinalidade do cuidado* como algo que favoreceria as ações preventivas secundárias e terciárias:

“Pelo próprio nome Atendimento Integral, tem que ser integral, essa mulher vai precisar por um longo tempo ser acompanhada, não só apenas naquele primeiro momento, não só

apenas...no clínico que acompanha essa mulher até descartar possíveis consequências dessa violência, mais ela precisa depois um acompanhamento mais a longo prazo” (N, médico)

A *longitudinalidade do cuidado* é uma das características da APS, procurando contribuir para um atendimento seja contínuo e resolutivo. No entanto, concordamos com Cunha e Giovanella (2011, p.1038), quando apontam para uma efetividade deste quesito ainda aquém da desejável, pois para os autores o “vínculo longitudinal somente será possível se for considerado como prioridade pela gestão de saúde, na medida que envolve questões como oferta adequada de serviços de APS e mecanismos de fixação do profissional na unidade de saúde.” Sendo necessário, que os profissionais que fazem parte da gestão de saúde avaliem e monitorem esse atributo.

Para E, para que a mulher seja atendida e esse vínculo contratual a mais longo prazo seja estabelecido, é importante que o profissional identifique o momento oportuno para uma abordagem mais efetiva da mulher:

“... vai abranger a assistência social, ver o qual o limite, como tá vivendo essa mulher, qual é o momento da assistência, e sabe, eu to falando não daqui a um mês, um mês e meio, porque tudo tem que ser quando tiver no fogo, na ação, porque depois tudo muda, tudo se acalma.” (E, técnica de enfermagem)

A “oportunidade” também foi, então, também considerada pelos profissionais entrevistados como uma das características dos atendimentos na APS que favorecem o cuidado preventivo secundário e terciário. E essa opinião dos entrevistados pode ser decorrente do pensamento de que o atendimento deve ser realizado de acordo com a necessidade/procura da mulher e o profissional precisam esperar esse momento.

Atender/trabalhar com a mulher em situação de violência é algo complexo o que necessita da capacitação dos profissionais de diferentes formações, pois a necessidade de atendimento trazida e identificada deve ser resolvida de modo intersetorial. Para B, a pessoa deve aceitar direcionar seu atendimento também para o setor jurídico/policial, de modo a sentir-se respaldada:

“... se a pessoa depois não quiser continuar com um processo, não tem um respaldo, isso não vai adiantar, não vai adiantar o profissional de saúde fala que ela deve fazer isso” (B, farmacêutica)

Uma dinâmica do atendimento (prevenção secundária e terciária) sensível aos desejos da paciente, como subentendido no enunciado acima, parece de fato importante para que a mulher consiga traçar um plano para sair da situação de violência com maior autoridade e domínio sobre sua vida. Trata-se na verdade de um *direito* de direcionar seu atendimento, pontuando suas necessidades e desejos e favorecendo seu maior “poder” de decisão e, assim, consiga sair do ciclo de violência.

Outra situação apontada pelos participantes que favoreceria a tomada de decisão da mulher para saída do ciclo de violência é a existência de um abrigo para si mesma e seus filhos. Para C, o abrigo tem como objetivo favorecer a autonomia da mulher para que possa não voltar para sua casa, caso assim deseje. D pontua a falta desse abrigo na cidade onde exerce suas atividades profissionais:

“... às vezes, tem abrigo que vai segurar ela... depois o medo de voltar... então acho que daria bastante ou toda solução. ”(C, *técnica de enfermagem*)

“... não sei como funciona a fundo isso, mas aqui em... (nome da cidade) não tem uma casa onde a mulher vai lá e denuncia e não volta para a casa dela, que eu acho que a maioria vai lá, denuncia e tem que voltar para casa dela mesmo ” (D, *técnica de enfermagem*)

Os abrigos para as mulheres em situação de violência, lembrados por essas entrevistadas são importantes para que essas mulheres possam denunciar e ficarem em segurança, pois caso contrário poderão expor-se a atos ainda mais violentos do que os que sofreu. Esses abrigos citados pelas entrevistadas são locais que guardam sigilo da localidade da mulher, tornando-se um ambiente seguro para as mulheres que já se sentem preparadas para a denúncia das agressões até então toleradas.

Quando se trata das consequências da agressão, falando portanto da prevenção terciária, J traz em seu discurso a importância do profissional estar atento aos transtornos psicológicos:

“... nós aqui recebemos essa paciente, fazemos o primeiro atendimento nela e depois encaminhamos essa paciente, se caso for, ou psiquiatra, ou psicólogo, pra levantar melhor isso aí.” (J, *médico*)

Ratificando esta opinião do entrevistado, considera-se que de fato o profissional tem que estar atento aos aspectos psicológico da mulher, pois a vivência cotidiana de situação de violência é algo que favorece o surgimento de várias patologias. No estudo de Cassado, Galo e Williams (2003), foi observada a ocorrência de transtorno de estresse pós-traumático e depressão nas entrevistadas (CASSADO; GALO; WILLIAMS, 2003).

O que poderia prevenir a ocorrência desses transtornos psicológicos são as “atitudes reativas” descritas por Cortez e Souza (2008, p. 179), que favoreceriam o emponderamento da mulher para que ela possa romper com o ciclo de violência – algo neste sentido também foi indicado por K e I:

“... psicólogo, pra ela poder ter estabilidade emocional, pra ter uma postura frente a esse agressor. E a assistência social pra ver qual nível financeiro dessa paciente, pra ver se ela consegue sair desse ciclo que ela está envolvida.” (K, odontóloga)

“... ensinar como é que tem que agir, como é que tem que fazer, e alguém por trás não sei quem, mas alguém por trás para dar apoio pra elas, porque muito das vezes ela tem medo” (I, enfermeira)

Enquanto a mulher em situação de violência estiver apresentando baixa autoestima, ela tenderá a se manter submissa ao seu cônjuge agressor. Elevar a autoestima é uns dos fatores importantes para que ocorra o emponderamento dessa mulher, pois assim ela estará preparada para tomar decisão a respeito de sua vida. Cortez e Souza (2008, p.177-179) explicam que foi observado que essas mulheres estão em geral dispostas a arriscar e buscar mudanças para sua vida e isso demonstra “consciência de que estão rompendo limites significativos impostos pelos valores tradicionais e fazendo valer alguns de seus direitos” e aí reside o “germe do emponderamento”.

E por fim, recursos que podem ser vistos como pertencentes ao sistema informal de saúde, para auxiliar na redução da problemática, foram mencionados. No seguinte enunciado, postula-se que a religiosidade teria papel de suporte psicológico:

“... geralmente... se bem que... a maioria que já frequenta alguma religião, assim, já tem, acho que, isso na própria religião, mas... independente de qual for, acho que todas, independente pregam isso, né? A pessoa ter paciência, calma, tranquilidade, acho que todas, mas tem muitos que não vão, não frequentam ou que frequentam, mas não estão prestando atenção nisso” (A, farmacêutica)

5.3.2 Prevenção

“... tendo alguém que olha... alguém que pune se você bater no seu filho. Isso vai refletir lá no futuro quando a criança for grande, quando a criança for uma adulta. Ela aprende a não bater, aprende a conversar, a se relacionar melhor com as pessoas, sem violência.” (D, técnica)

A entrevistada D, no enunciado acima reproduzido, parece sensível à crença de que as crianças nascem e crescem em uma sociedade com resíduos do patriarcalismo, onde a punição por motivos pedagógicos, inclusive física, é muitas vezes considerada importante para prevenção de desvios futuros de comportamento. No entanto, a própria entrevistada chama a atenção que esse tipo de conduta, adotada pelos adultos, faz com que crianças possam crescer e se tornarem homens agressores ou mulheres toleradoras da violência.

A Lei 2654/03 estabelece “o direito da criança e do adolescente a não serem submetidos a qualquer forma de punição corporal, mediante a adoção de castigos moderados ou imoderados, sob a alegação de quaisquer propósitos, ainda que pedagógicos” (BRASIL, 2003). Pode ser considerada como um produto legislativo decorrente de uma progressiva sensibilização da sociedade brasileira para a problemática da violência doméstica (no caso, dirigida a crianças e adolescentes). A entrevistada parece sintonizada com essas questões, fazendo inclusive uma menção – não teorizada – à questão do aprendizado social da violência, comentada no item 1.1 QUESTÕES DE GÊNERO da introdução desta dissertação.

A mulher obteve várias conquistas em sua vida privada e pública, mas ainda pode ser considerada em alguns meios sociais como uma pessoa incapaz de “criar” seu(s) filho(s) sozinha, pensamento refletiria a desigualdade das relações de gênero em que ainda vivemos. Na frase seguinte de uma entrevistada, essa perspectiva parece presente, a ideia de que as “estruturas” emocional e econômica não são alcançáveis por uma mulher que não viva uma relação conjugal. Tal enunciado é comentado aqui porque parece conotar um fator “prevenível” para a violência doméstica futura:

“Ele [o filho] vai ter deficiência [de aprendizados sociais adequados], a mãe sozinha vai ter que cuidar, ela não vai ter estrutura emocional, ela não vai ter base econômica pra bancar sozinha essa criança ou essas crianças” (B, farmacêutica)

Outra lei que visa a prevenção/coibição da violência, no caso procurando proteger socialmente a mulher em situação de violência, é a Lei 11.340/06, chamada de Lei Maria da Penha, também comentada aqui por de certa forma representar um certo consenso social brasileiro sobre o assunto. Muito citada pelos meios de comunicação e muito discutida nos meios científicos, ela talvez ainda não seja tão bem conhecida pela mulher em situação de violência e mesmo pelos profissionais de saúde. O seguinte profissional entrevistado revela saber que existe a lei, mas não parece ter pleno conhecimento do que ela estabelece, até que ponto a mulher está protegida, quais são os seus direitos – embora pareça considerar que o referido instrumento legal auxilia no mínimo da prevenção terciária de alguns casos de violência, dando “respaldo” à “mulher espancada”:

“... hoje em dia, assim, a mulher sendo espancada, existe a Lei Maria da Penha (...) e eu não sei se foi criada a Lei para isso, pra poder dar um respaldo para a mulher.” (D, técnica de enfermagem)

Algo importante descrito na Lei 11.340/03 que poderia ser considerado pelos profissionais durante o atendimento da mulher em situação de violência é o que o artigo Art. 8º e o Capítulo I pontuam: que a política pública voltada para a prevenção/ redução dos casos de mulher em situação de violência deve ser realizada por meio de um conjunto articulado de ações entre setores. Assim, ao menos em tese, os profissionais dos diversos setores envolvidos no atendimento da mulher em situação de violência deveriam estar constantemente capacitados para uma abordagem ampla e efetiva relativa à prevenção e ao tratamento das consequências dessa situação (BRASIL, 2005b, p.11).

No entender de alguns participantes, quando se trata de prevenção, a mídia parece ser vista como um meio adicional para diminuição da violência e para mudanças de alguns papéis sociais tradicionais, pois sensibilizaria nos próprios profissionais a necessidade de saber mais sobre o assunto. Parece também embutida nesta seguinte frase a ideia de que dados sobre a epidemiologia da violência doméstica não seriam veiculados por outras fontes que não a mídia não especializada:

“Que pelo que a gente escuta na televisão e vê o alto índice de violência, eu acho que é muito interessante que incluíssem isso, uma parte na própria graduação.” (A, farmacêutica)

“... aprender a viver todo mundo tem, a televisão nos ensina ter uma, uma boa abertura..” (E, técnica de enfermagem)

A mídia de fato parece que vem sendo utilizada como instrumento para melhor conhecimento a respeito da violência:

“Além da física, esse tipo de violência que a gente costuma ver em matéria na televisão, psicológica, verbal.” (K, odontólogo)

É plausível pensar-se que uma das funções dos meios de comunicação é auxiliar a garantir a transparência na divulgação dos dados sobre a situação. No entanto, é também possível, certamente, que se divulguem informações de forma “sensacionalista” e que causem medo e descrença quanto à redução da prevalência das situações de violência, secundariamente podendo gerar certo descaso social em relação à problemática.

A descrença em relação à prevenção primária e secundária da violência é subentendida na fala de D, que demonstra em seu discurso dúvidas e dificuldades. A entrevistada tenta achar meios para a prevenção da violência, descrevendo que ações preventivas deveriam acontecer quando ocorre o primeiro episódio, ou seja, leva em consideração apenas a prevenção terciária, não a prevenção primária ou secundária:

“Nossa! Prevenção... é difícil, nossa é difícil pensar em alguma prevenção. O que pode ter de prevenção é de não ser reincidente nisso, ou seja, a mulher foi agredida a primeira vez, aquilo ter alguma consequência, ser colocado uma medida e aquilo parasse por ali e que muitas mulheres sofrem agressão todos os dias...” (D, técnica de enfermagem)

Todos os níveis de prevenção, primário, secundário e terciário, são certamente importantes para a diminuição e coibição da não violência e da violência. A partir do momento em que a sociedade passa a contar com a atuação ativa de todos os setores/instituições envolvidas na prevenção primária, secundária e terciária, a prevenção da violência poderá ser efetiva.

Atuar em todos esses níveis é um dos principais objetivos do setor saúde. Segundo Minayo e Souza (1998: p.08), esse setor deve elaborar planos para prevenção primária (voltada para a população), secundária (identifica precocemente a ‘população de risco’) e terciária (dirigida aos indivíduos que já são agressores ou estão na situação de violência), promovendo também, assim, a saúde das pessoas.

L revela compartilhar essa perspectiva. Em seu discurso explicita o quanto considera importante a atuação intersetorial na prevenção da violência; entretanto revelou-se pouco específica em suas colocações:

“Eu acho que a prevenção é tudo e em todos os sentidos, tanto na área da violência, com na área da educação, como na área da saúde.” (L, odontóloga)

Já K ressaltou a importância do nível primário de prevenção da violência:

“Eu acho que tudo está na estrutura familiar, com que você se relaciona. Qual o tipo de relacionamento que você quer para você... prevenção também é isso” (K, odontólogo)

Importante ressaltar que a prevenção da violência é um processo que “demanda, invariavelmente, construir alianças, articulações, estabelecer diálogo e exercitar a “escuta” profissional (DESLANDES, 1999, p.93). O entrevistados, de um modo geral, ao nosso ver, pareceram dispostos a esta “construção”, embora se possa presumir haver uma relativa falta de instrumentação conceitual e teórica no manejo da ideia de *prevenção*.

5.4. Eventuais dificuldades pessoais e institucionais no atendimento

5.4.1 Questões sociais e psicoculturais

“... a mulher, graças a Deus, hoje está trabalhando bastante, tá tendo uma abertura no mercado de trabalho, tá conseguindo se defender um pouco melhor contra a violência doméstica, mas tem muito trabalho ainda pra ser feito.” (K, odontóloga)

No discurso de K, a mulher atualmente está vivenciando um momento histórico diferente e esse pensamento parece ser devido à sua percepção sobre os ganhos da mulher tanto no âmbito privado quanto no público, algo que ocorre desde as últimas décadas do século XX até os dias atuais.

O homem e a mulher passaram explicitamente a competir tanto pessoal com profissionalmente, algo observado no discurso dos entrevistados:

“Nós comandamos uma família, a mulher hoje é tão forte que nós somos as primeiras pessoas a tomar conta dos filhos, a primeira necessidade, o homem ‘ah, você já resolveu’, então nós temos que mostrar que nós somos independentes disso, mesmo que não tenho dinheiro suficiente.” (E, técnica de enfermagem)

Observe-se que, mesmo que a entrevistada aponte para os *ganhos de posição* das mulheres, ela cita como exemplo exatamente uma parte da divisão do trabalho doméstico que tradicionalmente sempre coube às mulheres (o cuidado com os filhos). Essa postura sexista – explicitamente denunciada pela entrevistada mas de certa forma implicitamente assumida por ela própria – é observada por exemplo quando a mulher adentra em profissões que antes eram consideradas predominantemente masculinas. Observamos hoje, as mulheres “criando” seus filhos e ao mesmo tempo estudando e trabalhando. Essa forma de atuação não era aprovada pela sociedade, pois as pessoas classificavam a mulher como incapaz; hoje é considerado algo “natural”.

A violência de gênero é uma situação que é produto e ao mesmo tempo institui uma hierarquia, podendo restringir-se a um nível simbólico ou levar ao rompimento da integridade física e psicológica da pessoa envolvida. tendo como consequência a dor, o sofrimento e o medo das pessoas envolvidas (BANDEIRA, 2009, p.404). Ela tem suas particularidades, e algumas delas foram mencionadas nas falas dos entrevistados:

“... é o que eu já tinha falado, precisa de um tratamento posterior. Então [na prática] acontece isso, a gente atende/opera, o cara vai preso e acabou.” (M, médico)

“... eu não sei se só falar pra ela ‘olha bem você precisa numa delegacia, fazer um boletim de ocorrência, numa delegacia da mulher’, se só com essa orientação ela é capaz de chegar até lá.” (K, odontóloga)

Quando o profissional da atenção primária atende a mulher em situação de violência é em tese importante que ele acione toda rede intersetorial existente para esse atendimento, para que essa mulher possa ser atendida em todas suas necessidades. No entanto, M e K chamam a atenção para um certo reducionismo das ações práticas, mesmo que envolvendo em seus raciocínios dois setores importantes (saúde e segurança pública). No enunciado abaixo, M chama a atenção para o “fazer direito”, algo que observa que não é geralmente empreendido:

“O complicado nisso tudo é você ter profissionais orientados pra isso, que tenham a chance de fazer isso direito, hoje em dia isso é complicado ter profissionais de qualquer área, enfermagem, médico, é uma correria, a gente não tem tempo para nada, então fica difícil. Todo mundo tem que ser bem remunerado trabalhar num lugar certo, é meio complicado... (...) Enfim, eu acho complicado” (M, médico)

No atendimento da mulher em situação de violência os profissionais entrevistados deram a entender vivenciar inúmeras emoções e sentimentos:

“... eu não digo que seria a palavra certa não sei se é abalada, mas a gente fica com uma revolta interna, pelo fato de uma pessoa tar sendo agredida por outra. Eu acho que talvez uma revolta interna. Eu acho que eu me sinto dessa forma.(...) eles[profissionais] vão tar mexendo com coisas, que vão tar mexendo com coisas, que vão mexer com o interior deles” (K, odontóloga)

“Meu sentimento é de qualquer cidadão que não admite esse tipo de violência é muito ruim que você...quando você trabalha com essa parte, no atendimento... isso é muito ruim. Gera revolta, mas poderia ser até uma revolta” (L, odontólogo)

Estas parecem ser reações de indignação frente a uma situação que os entrevistados parecem interpretar como de anomia com a qual não coadunam mas a qual se sentem expostos e instados a abordar, dada a existência de questões de sua alçada profissional as quais os entrevistados não parecem dispostos a renunciar.

Entretanto, dentro de uma mesma equipe de saúde tal indignação pode conviver com uma compreensão sobre a violência doméstica contra as mulheres marcadamente sexista, ao nosso ver:

“Mas tem umas que gostam de apanhar. A gente sabe tem gente que adora e continua entre tapas e beijos de alguma forma, então se ferra mesmo, pô. Vai fazer o quê? Não tenho sentimento nenhum quanto a isso. Acho mais que merece umas bordoadas, na boa” (B, farmacêutica)

Essa a ideia de que a mulher “merece” enfatiza a desigualdade de gênero e parece um resíduo da estrutura patriarcal vivenciado em nossa sociedade, algo que portanto não está sob um total controle desses profissionais, mas que certamente deve gerar consequências no dia a dia dos serviços. No polo oposto, alguns entrevistados (como nos enunciados que se seguem) adotam uma postura de respeito à equidade dos gêneros, mas igualmente se sentem em descompasso cultural com a clientela atendida. No mínimo, como sugerido por Day et al (2003, p.18), os profissionais do setor saúde precisam manter postura de respeito e cautela, devem analisar a situação vivenciada pela mulher com prontidão/agilidade e, acrescentamos nós, procurar não ter uma compreensão cultural fechada das situações clínicas com que se defrontam. Alguns entrevistados comentam essa vivência, contrapondo o *autocontrole e impulsividade*:

“Primeiro tanto que ela chegou, é uma coisa que também você tem que estar lapidando seu sentimento, se você for no primeiro impacto, você parte pra violência também, porque por mais que não tenha criança junto, você parte pra violência, mas você também tem que lapidar, tem que ver do que vem, tem uma causa.” (C, técnica de enfermagem)

“Nossa! Eu queria eu ter ido bater nele, porque eu não tive nenhuma vontade de ser educadora para ele, falar assim: ‘olha meu bem, o senhor não pode fazer isso, aquilo’ não, não tive essa vontade’(...) Queria bater nela mais ainda [para, pensa e volta falar]... brincadeira é claro que eu não ia agredi-la. A vontade é revolta” (G, enfermeira)

Tais explosões emocionais são características do ser humano, sendo possível que quando a pessoa não consegue controlar suas emoções, fomenta em si própria julgamentos e age com preconceitos ao entrar em contato com a situação de violência doméstica. As pessoas dentro de uma sociedade não se comportam mais por instinto, mas elaboram mentalmente o que irão fazer e depois atribuem sentidos a seus atos (ELIAS, 1994,p.189; BOZON, 2004, p113) e, sendo assim, a sociedade tem papel importante no controle e orientação de como agir. O profissional da APS pode, devido aos seus sentimentos, julgar ou não conseguir analisar mais objetivamente os fatos com que se defronta, podendo isso decorrer de processos psíquicos intensamente determinantes dos comportamentos, como o processo de identificação que um entrevistado permitiu que fosse inferido:

“... você sempre imagina uma pessoa próxima à você, sofrendo tal abuso.” (F, enfermeiro)

Colocar-se no lugar do outro ou pensa em alguém de sua família ou círculo de amizade nessa situação, pode em tese comprometer o atendimento da mulher, pois a violência gera sentimentos negativos (ódio, raiva, fúria, angústia, vingança etc). Vivenciar esses sentimentos favorece para que os profissionais não consigam orientar adequadamente a mulher acerca dos mecanismos utilizados para coibir a violência, sobre a rede intersetorial e interdisciplinar existente para o atendimento da situação.

Outro fator importante relatado pelos entrevistados foi a dificuldade prática em advogar pelas mulheres nessa situação:

“... pergunte se alguém fez alguma coisa? Nada, ninguém, nem eu não fiz, nem eu tive atitude de chamar o Conselho Tutelar (...) E aí o que acontece? A violência pode voltar contra você. Eu já recebi ameaça de parceiros em questão de agressividade verbal e tudo mais. E eu não vou me arriscar, eu não vou querer apanhar por outra pessoa (...) O cara iria me agredir também.” (G, enfermeira)

Pode-se deduzir, também, no discurso dos entrevistados, a descrença e o questionamento quanto as leis utilizadas para coibir a violência doméstica ou, noutras palavras, no consenso (ou falta de consenso) sociocultural quanto à violência doméstica dirigida à mulher:

“Não vai ter respaldo da lei? Quer dizer a lei existe, não é muitas vezes cumprida” (B, farmacêutica)

“hoje em dia assim, a mulher sendo espancada, existe a Lei Maria da Penha...” (D, técnica de enfermagem)

5.4.2 Dificuldades educacionais

“Mas, aqui a gente... não temos muito o que fazer, a gente não é muito orientado pra tá fazendo isso, a gente não tem base realmente.” (D, técnica de enfermagem)

“Não, não. Na faculdade eles nem citam esse tipo de problema pra gente tar abordando o paciente.” (K, odontóloga)

Pode ser reconhecida, a partir destas alocações acima e também das proferidas por outros entrevistados, a percepção de que suas formações foram insuficientes para o

desenvolvimento de habilidades para o atendimento da mulher em situação de violência doméstica. Utilizando a expressão de D, faltar-lhes-ia uma “base” para agir profissionalmente.

Em certos momentos das entrevistas, foi comentada uma dificuldade relacionada às habilidades afetivas necessárias ao atendimento (F) e a necessidade da inclusão da temática em sua formação (A):

“Seria uma experiência muito interessante pra mim se eu tivesse vivenciado [durante a graduação] um caso de agressão. Eu saberia quais reações eu teria.” (F, enfermeira)

Também o entrevistado J pontuou que a abordagem da temática na sua formação de graduação teria sido importante para um melhor preparo profissional para o atendimento:

“Deveria ter, deveria ter, lógico, pra você ficar melhor preparado, para você receber melhor esses casos e melhor conduzir.” (J, médico)

“Não, não, não teve nada específico assim. Pode ter acontecido algum comentário, assim do professor, mas nada assim de especial.” (D, técnica de enfermagem)

Apesar de o Decreto nº 2.349/2006, em seu artigo 7º, explicitar que é papel dos professores em todos os níveis de ensino evidenciar a problemática da violência doméstica e familiar, abordando os direitos humanos, a equidade de gênero, de raça e etnia, o que nossos entrevistados parecem perceber é que nas suas formações profissionais não existiu a abordagem sobre o assunto. O profissional parece contar unicamente com cursos de aperfeiçoamento e capacitação para preencher essa lacuna de sua formação, embora aparentemente sinta tais cursos como contingenciais:

“... às vezes, você participa de jornadas médicas e congressos e lá tem ,às vezes, tem um tema relacionado à violência da mulher.” (N, médico)

Bannwart e Brino (2011) pontuam que a capacitação dos profissionais da saúde em relação à temática violência deve ter como objetivo “investir na promoção de ações” (p.10), atraindo a atenção desses profissionais para os direitos e necessidades das pessoas em situação de violência. Para que isso ocorra, o caminho seria aumentar a habilidade profissional de identificar, reconhecer e expandir o compromisso em, por exemplo, notificar a situação.

Mencionou-se a carência de experiência para o atendimento (C) e dificuldades gerais para a ação nesta área (B):

“Como te falei tenho pouca, nunca participei de perto, pouca experiência quanto a isso...” (C, técnica de enfermagem)

“Então isso aí é difícil, de saber como um profissional tem que agir.” (B, farmacêutica)

Por trás das ações que são ou não são empreendidas pelos profissionais da saúde, espera-se geralmente haver conceitos teóricos norteadores, muito embora seja sabido que a tais conceitos sempre estejam agregadas a outras representações socioculturais. Se tomarmos como exemplo a questão da “atenção integral” e a conceituação teórica relacionada a esta expressão, hoje em dia bastante utilizada na APS em função do ideário do SUS, observamos que os profissionais entrevistados não sentem dominar o tema. Percebeu-se, de fato, nas entrevistas, haver grandes dificuldades quando o assunto é atenção integral às mulheres em situação de violência:

“O que seria essa atenção integral?” (A, farmacêutica)

Oliveira et al (2009, p.1040) conceituaram a atenção integral à mulher em situação de violência como aquela que “acolhe” a violência como um problema em sua total complexidade. As autoras pontuam que os profissionais da APS devem pensar na promoção da não violência e na prevenção da violência e atender os casos na perspectiva do tratamento de suas consequências, pensando também na particularidade desse setor para o atendimento da situação. Atender a essas mulheres “em sua total complexidade” é certamente o produto de uma formação que leve em conta a congruência e a integração de várias habilidades, o que resultaria nas “vivências” que a entrevistada A sente não ter tido:

“Não tenho assim... é vivência, sabedoria pra isso.” (A, farmacêutica)

No entanto, para realizar o atendimento à mulher em situação de violência, alguns profissionais da APS entrevistados pareceram realizar uma nítida *separação das habilidades necessárias para o atendimento*, dando por vezes uma clara ênfase ao atendimento físico da mulher:

“... eu não estou preparado para isso, a violência tem de vários aspectos, eu vejo a parte física. O que chega aqui na porta é mais a parte física.” (J, médico)

Tais separações de habilidades parecem de fato se originar das épocas de formação dos profissionais, tendo um dos participantes pontuado o que nos parece ter sido uma ênfase, durante as graduações, nos aspectos físicos decorrentes de atos violentos, dissociando tais aspectos da intencionalidade do ato que gerou a lesão:

“quando você se depara com casos clínicos não se fala muito agressão, se foi agressão, 'a mulher foi vítima da agressão', talvez se fala mais 'um ato de agressão', 'um ato de um acidente', não se especifica muito isso e isso não é muito levado em consideração” (L, odontóloga)

Ainda com relação à formação profissional, observamos que alguns dos entrevistados deram a entender viverem dificuldades sobre como realizar a semiologia da mulher em situação de violência (D), principalmente quando não existem lesões físicas acentuadas (E):

“Físico seria alguma coisa que você vai estar vendo, agora psicológico, às vezes, pode ser que ela chega, pode ser que do nada... pode estar conversando...” (D, técnica de enfermagem)

Trata-se, aparentemente, portanto, de uma dificuldade com a semiologia de aspectos emocionais ou psicopatológicos, algo também mencionado por profissionais de formação superior (ao contrário de D, que tem formação técnica). Também a técnica de enfermagem E relata algo neste sentido, uma dificuldade de lidar com o “desespero” de uma eventual paciente:

“... sinceramente se chegar alguém aqui realmente espancada demais aqui, desesperada, eu não saberia o que fazer.” (E, técnico de enfermagem)

Porém, além dessas dificuldades na área da psicologia e psicopatologia, houve também a percepção de falhas do aprendizado relacionadas à semiologia física, por exemplo em relação às lesões decorrentes de atos violentos:

“... olha na verdade até a parte de traumatologia na graduação, ela é pouco falada e mais específico ainda sobre a questão de agressão.” (L, odontólogo)

Para corrigir dificuldades como essas, os profissionais falam a respeito da educação continuada/educação permanente e trazem a necessidade desse instrumento para uma melhor compreensão da situação:

“... porque a gente deveria ter uma abrangência melhor” (F, técnica de enfermagem)

“Principalmente capacitações, educação continuada.” (G, enfermeira)

Os entrevistados relatam a necessidade do treinamento profissional em relação à temática violência e, portanto, do importante papel do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde no treinamento da equipe que trabalha com essa problemática.

A Constituição de 1988 em seu Artigo 200 parágrafo 3º, orienta que é papel do Sistema Único de Saúde (SUS) organizar e determinar a formação de recursos humanos na área da saúde, incrementando em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico.

O governo federal adotou a política de educação permanente como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, de atenção, de gestão e de controle social no setor da saúde. Nesse sentido, instituiu em 2003 o Departamento de Gestão da Educação na Saúde e criou em 2004 os Pólos de Educação Permanente (NETO, 2000, p.9).

A Portaria GM/MS nº 1996/07 no Artigo 21, parágrafo 1º, explica que é papel do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde esquematizar a formação e a educação permanente dos profissionais do setor saúde necessária ao SUS na sua esfera de gestão (BRASIL, 2009). Como se poderia esperar, a efetivação de tais políticas não ocorre em curto período de tempo e ainda hoje.

Como pareceu ocorrer no discurso de J, muitas vezes o profissional passa se sentir abandonado com relação a esses órgãos:

“Às vezes, o Ministério da Saúde, ou a Secretaria da Saúde fazem formas, eles fazem projetos pra dar o atendimento à essas pacientes, mas eles esquecem que esses profissionais que vão estar lá na porta para receber essas pacientes, eles têm que ter algum curso, têm que ter algum

preparo para isso. Então, é muito bonito colocar no papel, mas a parte prática nós não temos.” (J, médico)

Na prática do dia a dia profissional, os entrevistados parecem de fato valorizar a questão da educação profissional continuada, muito embora isto possa estar ocorrendo, algumas vezes, de modo informal, com um aprendizado ditado pelas necessidades diárias e, portanto, pouco sistematizado em termos teórico-conceituais:

“Nenhum, não tive nenhum [preparo], é o dia-dia.” (E, técnica de enfermagem)

5.4.3 Dificuldades intrasetoriais

Pode-se inferir, a partir dos enunciados de alguns entrevistados, suas sensações de desconhecimento a respeito de seu papel na APS quando o assunto é violência doméstica:

“Detectar... se referir a violência, não não, não detectaria, se [a paciente] não falar não... não, eu acho que não... pelo menos eu, eu não tenho esse... como... fino tato pra detectar” (A farmacêutica)

“... quando ela [mulher] tem que procurar algum lugar é aqui que elas vêm, posto [UBS] e pronto socorro, e aí a dúvida é essa, de não saber muito o que fazer em relação à mulher que chega espancada aqui (...) ela chegou aqui, não tenho assim o que fazer, na verdade, e morre aí.” (D, técnica de enfermagem)

“... de saber como um profissional tem que agir, tem que ter uma regulamentação sobre isso, na parte de legislação, lei mesmo” (B, farmacêutica)

Tais sensações, caso correspondam à realidade, pode ser decorrente da ausência do assunto no currículo dos profissionais da saúde, tendo eles se referido a esta ausência. Inexistiria, também, cursos pontuais ou projetos de formação profissional continuada. E, em muitas situações, para que o profissional tenha acesso as informações, é preciso procurar por meios próprios e isso envolve despesas financeiras e disponibilidade de tempo.

Para Day et al (2003, p.19) os profissionais do setor saúde, quando o assunto é violência, mantêm postura desinformação, indiferença, negação, preconceito e temor com respeito

ao problema da violência doméstica e a suas consequências. Essa situação citada pelos autores, pode ser também, decorrente do medo de obrigações legais, pois dificulta o comprometimento profissional, evitando atitude de auxílio às mulheres nessa situação. Nas entrevistas pôde-se perceber alguns desses elementos, sendo chamativa a relativa onipresença, nas falas dos participantes, da interface do problema da violência doméstica impetrada por companheiro íntimo com o setor de segurança pública (polícia, delegacia), sendo muitas vezes o setor saúde visto como uma espécie de trampolim para o setor de segurança.

Provavelmente por desconhecer seu papel no atendimento dessa situação, o profissional pode tender a transferir responsabilidades:

“... chamaria a (enfermeira) para estar resolvendo isso e se ela não está a única coisa é orientação que no momento poderia dar” (D, técnica de enfermagem)

“...foge um pouco da atitude do médico...” (M, médico)

Percebendo esta postura de transferência de responsabilidade, a paciente pode não entender o que está acontecendo e pensar que os profissionais não estão dando a atenção necessária e esperada, fazendo com que o atendimento tenha baixa resolubilidade e um desincentivo à procura pelo serviço. Mesmo se adotar esta postura, isto não significa que o simples encaminhamento possa ser efetivo. No seguinte enunciado, o profissional demonstra dúvidas para onde encaminhar a mulher nessa situação:

“Por exemplo, uma pessoa que sofre uma violência, vai ter que ir pra onde? Um Pronto Atendimento (P.A) ?” (B, farmacêutica)

Conhecer a rede intersetorial envolvida no atendimento da mulher em situação de violência pode ser considerado como parte das competências requeridas de um profissional da APS, no entanto, devido ao desconhecimento em relação à temática, o profissional do setor saúde pode não saber para onde encaminha/direcionar a mulher nessa situação, fazendo que a não resolubilidade diminua a chance de a mulher conhecer seus direitos e de romper com esse ciclo.

Pode haver a ideia de que para ocorrer o efetivo atendimento da paciente seja importante um tempo de interação longo durante o atendimento:

“... pra eu, é meio complicado assim... a gente tenta dar esse espaço, esse conforto, pra ela ficar ali, mas como te falei é bem pouco tempo.” (C, técnica de enfermagem)

De fato, a demonstração de disponibilidade de tempo pode em tese favorecer o atendimento da paciente nessa situação, pois estabelecer a percepção de um comprometimento por parte do profissional, sentindo a paciente apoiada e respaldada para sair de ciclo violento. Entretanto, a simples disponibilidade de tempo ou uma duração longa de uma consulta ou atendimento não garante efetividade. Para F, a mulher necessita de canais para se expressar e esses canais estão insuficientes na dinâmica de atendimento da APS:

“... [é difícil] para a paciente poder se expressar e a gente poder examinar sem causar um constrangimento maior pra ela.” (F, enfermeiro)

A mulher em situação de violência pode apresentar, por consequência da situação tolerada, transtornos psicológicos e para B vivemos em um país que existem dificuldades para tratar essas mulheres:

“... porque a gente sabe que muita gente na saúde mental no Brasil não é tratada como se deve.” (B, farmacêutica)

As consequências psicológicas decorrentes da vivência da situação, segundo Day et al (2003, p.16) são mais graves que seus efeitos físicos, pois destrói a autoestima da mulher, expondo-a a risco mais elevado de apresentar problemas de ordem mental (depressão, fobia, estresse pós-traumático, tendência ao suicídio e consumo abusivo de álcool e drogas).

Percebe-se no discurso de M que considera que os profissionais da APS tentam realizar o atendimento da mulher em situação de violência com qualidade, no entanto, encontrariam dificuldades dentro desse setor, por esse motivo realizam críticas à gestão do setor saúde:

“O complicado nisso tudo é você ter profissionais orientados pra isso, que tenham a chance de fazer isso direito, hoje em dia isso é complicado ter profissionais de qualquer área, enfermagem, médico, é uma correria, a gente não tem tempo para nada, então fica difícil. Todo mundo tem que ser bem remunerado, trabalhar num lugar certo, é meio complicado.” (M, médico)

A APS, do município estudado, adota o modelo das UBS, como já comentado. Até o final de 2010 a maior parte dos profissionais desse município eram contratados ou faziam parte de uma cooperativa. Essa rotatividade profissional desfavorece a longitudinalidade que Cunha e Giovanella (2001) valorizam em seu artigo, citando (p.1038) a importância que os “mecanismos de fixação do profissional na unidade de saúde” tem por favorecer “vínculo longitudinal”.

Outros entrevistados também trazem em seu discurso críticas à gestão do setor saúde e também aos profissionais:

“... não se tem apoio, a parte de saúde pública, é assim o profissional se vira como pode dentro daquilo (...) só que infelizmente, não existe esse preparo por parte das autoridades, do governo, da saúde, pra dar aos profissionais que trabalham com isso.” (B, farmacêutica)

“... mas aqui não temos muito que fazer, a gente não é muito orientado para tá fazendo isso, a gente não tem base realmente.” (D, técnica de enfermagem)

O que é observado no cotidiano do setor saúde são serviços com poucos recursos, poucos profissionais, que estão isolados, que são desvalorizados e que vivenciam longa sobrecarga de trabalho (DAY et al, 2003, p.19).

As pessoas na sociedade, atualmente, exigem equidade na saúde para si, para sua família e para a sociedade em que está inserida (WHO, 2008, p.17). Por esse motivo, é importante que as autoridades elaborem e realizem capacitação para seus profissionais, para o atendimento da situação de violência, e elaborem normas técnicas para facilitar/unificar e qualificar o atendimento da mulher nessa situação.

5.4.4 Dificuldades intersetoriais

Pode-se inferir haver, no discurso dos entrevistados, a ideia que existe uma carência na comunicação entre os setores da sociedade que podem atuar na abordagem das situações de violência doméstica contra a mulher:

“Então, o que adianta se não tem continuidade do começo do problema, no meio e no final e ações pra que isso também não aconteça? Ai é difícil.” (B, farmacêutica)

Idealmente, ao nosso ver, o profissional da saúde desempenharia seu papel no atendimento da mulher em situação de violência e, após, deveria orientá-la sobre a importância de sua comunicação com outros setores de atendimento, como uma Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher, uma Delegacia Civil ou um Centro de Referência à Mulher em Situação de Violência. No entanto, a dificuldade percebida por este profissional pode ser decorrente do possível desconhecimento profissional a respeito da atuação desse setor:

“... eu sempre falo, a gente não tem muito conhecimento do acesso dessa paciente aos outros setores, ela tem o acesso até nós, a gente faz o tratamento específico” (K, odontólogo)

Pode-se levantar a hipótese de que alguns profissionais da APS sentem a necessidade de que a Delegacia da Mulher atue de modo semelhante à atuação do Conselho Tutelar¹², o que representaria um desconhecimento da atuação desse setor policial:

“... porque eu acho que o acolhimento deveria ser tipo o de uma criança, tem o Conselho Tutelar, deveria, não sei, chamar esse Conselho Tutelar... (...) Já como eu falo, o Conselho Tutelar vai lá, faz tudo aquilo, teria que ter um lugar específico para levar a pessoa.” (E, técnico de enfermagem)

Em muitas ocasiões, os profissionais do setor saúde não vivenciam a participação ativa do setor de segurança no atendimento dessas mulheres, por meio de orientação quanto a aplicação das Leis. É observado, muitas vezes a busca pelo culpado e pelo motivo da situação e não um direcionamento dessas mulheres para seus direitos apoiados pela Lei 11.340/06.

Por esse motivo, a mulher, muitas vezes, não denuncia ou não faz representação judicial pelo medo que tem de seu agressor:

“... porque ainda é capaz de ser morta por denunciar (...)Então o que vai adiantar a pessoa vai denunciar, a pessoa vai correr, vai fazer atrás e aí? Não vai ter respaldo da lei?” (B, farmacêutica)

¹² A Delegacia da Mulher tem como objetivo auxiliar as mulheres em situação de violência, seus autores e familiares a encontrarem o caminho da não violência, com trabalho preventivo, educativo e curativo efetuado pela rede intersetorial (setor jurídico e psicossocial). O Conselho Tutelar é um órgão público municipal que tem suas ações de forma autônomas e permanentes, tem como função zelar pelos direitos da infância e juventude, tendo como base os princípios estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

O profissional traz em seu discurso as eventuais possíveis dificuldades da própria mulher em dar continuidade à denúncia junto ao setor policial e jurídico:

“Que a gente vê tanta gente que foi denunciar, foi pra polícia, fez boletim e não adiantou nada, foi embora e não voltou depois, né?” (B, farmacêutica).

As críticas dos entrevistados foram, porém, mais amplas. B, por exemplo, traz em seu discurso críticas às políticas públicas, solicitando atuação mais ativa dos gestores públicos em relação à problemática:

“Então não adianta alguém chegar, falar, ai, eu vou fazer um projeto lindo aqui blá, blá, blá, prá, prá prá, se não... não tem um apoio de uma autoridade maior, que tá querendo levar e empurrar tudo com a barriga, então, isso não existe se não tiver apoio do governo voltado pra essa área” (B, farmacêutica)

“É um problema social muito grave e [com] a incompetência de nossos governantes a tendência é só de piora.” (O, médico)

Os profissionais da APS entrevistados, muitas vezes, sentem-se descrentes com relação à atuação de outros setores que proporcionam atendimento à mulher em situação de violência, talvez em parte por desconhecer a função desses setores. Pode-se observar no discurso de G a incredulidade quando à efetividade de atuação dos setores envolvidos e de um setor em particular na resolução da situação:

“Eu amo a teoria, eu enfatizo muito a teoria, só que a realidade é completamente outra, porque todo o sistema [de atenção à situação de violência] está errado. (...) as pessoas não têm medo do Conselho Tutelar, as pessoas não têm medo, acontece tudo de novo e fica acontecendo” (G, enfermeira)

O entrevistado faz críticas ao setor judiciário e de segurança pública (K):

“Agora quando também... eu acho que foge um pouco quando você vai pra área de delito. Geralmente, a gente escuta que melhorou muito com a Delegacia das Mulheres, mas que

ainda a mulher sente ainda um pouco reprimida em fazer a queixa, mas eu acho que é isso.” (K, odontólogo)

A comunicação entre os setores é importante para conseguir o atendimento integral da mulher em situação de violência, sendo que todos os setores, como os de educação, saúde, político, segurança, judiciário e serviço social, têm papel importante no atendimento para que ocorram os cuidados integrais da mulher em situação de violência. Os entrevistados, portanto, comentam possíveis falhas ou dificuldades no manejo do que é denominado intersetorialidade, parecendo perceberem-se isolados em suas funções dentro do setor saúde. A interação com outros setores não lhes parece clara e efetiva.

Dahlberg e Krug (2007, p.1164) explicam que todos os esforços intersetoriais realizados são importantes para que ocorra resolução dos problemas que são avaliados como sendo médicos. Esses setores, envolvidos no atendimento da mulher em situação de violência, desempenharam papel importante quando realizarem a união de suas abordagens, pois poderão produzir efetiva redução dessa problemática (DAHLBERG; KRUG, 2007, p.1164).

Importante citar Deslandes (1999, p.93) que pontua a importância da elaboração de “listas” atualizadas de setores que atuam no atendimento da situação de violência, pois com auxílio desse instrumento, será possível viabilizar um trabalho de referências.

6 CONCLUSÕES

Começamos a redação desta seção procurando corresponder aos objetivos geral e específicos desta pesquisa:

a) Sobre a *Percepção dos entrevistados acerca da problemática que envolve a questão da mulher em situação de violência*, nossa interpretação possibilitou realçar três tipos de enunciados presentes do conjunto de entrevistas: *Sobre a violência, Fatores de risco e as Questões de gênero aparentemente envolvidas em suas compreensões*. A compreensão desse fenômeno por parte desses profissionais é algo gerador de dúvidas, medos, prejulgamentos e preconceitos com relação à mulher nessa situação. Emergiu no discurso, dos entrevistados, certa culpabilização da mulher com relação aos atos violentos ocorridos no ambiente privado e a certa *naturalização* do fenômeno da violência. Os comportamentos violentos do homem/cônjuge e suas explosões de sentimentos agressivos foram situações consideradas como pertencentes a determinados “modelos de vida permitidos” e essa ideia pareceu se dever ao aprendizado cultural que os entrevistados receberam em todos os momentos de suas vidas, pertencentes que são a uma sociedade ainda fortemente atada a valores patriarcais. Trata-se de um aprendizado que ocorre por meio da transmissão cotidiana das experiências de vida e que pode gerar aceitação ou tolerância da violência. Não se trata, é certo, de uma compreensão que se possa considerar hegemônica entre os entrevistados, tanto porque a pesquisa não objetivou quantificar a ocorrência dos diferentes modos de compreender, mas pensamos que seja válido ressaltar que tais compreensões ainda ocorrem mesmo entre pessoas que posteriormente passaram por outros tipos de aprendizado escolar, inclusive por aprendizados especializados na área da saúde. Os entrevistados verbalizaram ampla gama de possíveis fatores de risco, como as famílias reconstruídas, dificuldades financeiras, relações poligâmicas, uso de álcool e drogas, vivência de violência na infância e outros, revelando uma preocupação em pensar sobre fatores causais. Algumas outras *questões de gênero* estão presentes nos modos de compreensão dos profissionais sobre o tema estudado, que qualificaram a mulher como “vítimas” e como pessoas que omitem a situação que vivem com a ideia de obter “um ganho” familiar e social, possibilitando inferir que alguns profissionais não visualizam saídas para a mulher que envolvam seu *empoderamento*. Essas percepções parecem decorrer da desigualdade de gênero que ainda vivemos em nossa sociedade, que dita que as mulheres deve ser submissas/controlas pelo seu cônjuge.

b) Aos serem perguntados sobre a sua percepção acerca das *Especificidades da recepção e dos primeiros cuidados que devem ser empreendidos às mulheres nessa situação*, observou-se de modo chamativo a percepção dos entrevistados sobre uma suposta *invisibilidade* da mulher em situação de violência no setor saúde, em particular na APS, uma população oculta aos olhos de quem atende. Sentem-se também pouco preparados ou capacitados para atender as complexidades existentes nos atendimentos à mulher nessa situação. Observamos que, quando reconhecida, a situação de violência vivenciada por algumas mulheres atendidas na APS pode não ser vista como algo a ser trabalhado pelos profissionais desses serviços. Alguns têm dificuldades na abordagem dessas pacientes e isso pode ser decorrente da ideia, que os profissionais podem ter, de que a violência é um problema privado e que abordar essa mulher poderia constituir-se numa invasão de sua privacidade. E para que esse atendimento seja realizado, pareceu importante que a mulher relatasse explicitamente e com precisão a situação que está vivenciando, deixando portanto somente ao seu encargo fazer emergir a temática durante os atendimentos, podendo o profissional não colocar em prática os recursos semiológicos de suas áreas de atuação profissional. Noutros momentos, observamos que os entrevistados tentam estabelecer formas de atender essa mulher, procurando estruturar seus raciocínios e atendimentos. Porém, nesse processo, ocorrem confrontos internos entre suas vivências e histórias pessoais e suas funções profissionais. Quanto à *notificação* da situação, os profissionais entrevistados relatam não reconhecer o instrumento de notificação proposto pelo Ministério da Saúde, e aparentemente por esse motivo transferem sua responsabilidade pela execução desse procedimento a outros setores. Emergiu também no discurso, dos profissionais, o desconhecimento acerca das diferenças entre realizar *notificação* e *registrar uma ocorrência policial*, prejudicando assim o papel da notificação para a rede intersetorial envolvida no atendimento da situação.

c) Quanto ao terceiro objetivo específico, *Outros procedimentos que os profissionais entendem que devem ser empreendidos nesses atendimentos* notou-se que mesmo que os entrevistados mencionem um déficit de conhecimento profissional sobre a temática, eles tentam elaborar formas de oferecer cuidados de qualidade a essas mulheres, estando dispostos a atender, revelando habilidades afetivas ou atitudinais, certamente importantes para seus trabalhos. Porém, pontuamos em seus discursos a importância do preparo técnico profissional quanto a habilidades cognitivas (conhecimentos teóricos, por exemplo) e psicomotoras (condução de entrevistas, por exemplo) por meio da educação profissional continuada, algo que não perceberam, em geral, dispor. Para os entrevistados, as mulheres em situação de violência devem ter seus desejos respeitados, sobre quando e como falar da situação em que está inserida, favorecendo assim um

acompanhamento longitudinal, próprio da APS. Pensaram na necessidade de locais apropriados para os atendimentos e frequentemente este local não seria a APS, em suas opiniões, e sim outros serviços como prontos-socorros, delegacias e igrejas. Mencionaram vários tipos de medidas preventivas, nos seus variados níveis, ressaltando que esses tipos de prevenções envolveriam ações de órgãos sociais, atuação ativa da sociedade, mudança da educação dos (as) filhos (as), acompanhamento dos profissionais da saúde mental e da assistência social e acompanhamento domiciliar pelos profissionais da APS. Tais menções nos parecem mostrar que o conceito de prevenção está presente no dia a dia do profissional, embora não percebam ações sistemáticas e efetivas dos diversos setores neste sentido.

d) E por fim, quando se trata das *eventuais dificuldades pessoais e institucionais percebidas no atendimento da mulher em situação de violência*, os profissionais da APS de nossa amostra em geral não se sentem preparados ou qualificados para lidarem com a mulher em situação de violência e demandam de forma emergencial serem qualificados. Quando se trata de terem a postura de *advogar* por essas mulheres, sentem-se inseguros por não encontrarem respaldo institucional, da segurança pública e das legislações. Também, por conta talvez de suas socializações primárias e pela ausência de orientação profissional, os entrevistados, durante o atendimento, parecem vivenciar inúmeros sentimentos (por exemplo: impotência, frustração, tristeza e outros) que podem causar prejuízos na abordagem integral dessas mulheres, sendo que esses sentimentos fazem, muitas vezes, com que adotem postura de julgamento. Sentem também a necessidade da inserção da temática na grade curricular dos cursos de formação, muitos se sentindo frustrados quanto aos cursos que frequentaram. Observamos, por exemplo, a dificuldade que o profissional tem em relatar/conceituar como seria a *atenção integral* à mulher em situação de violência, apesar da aparente ubiquidade do uso dessa expressão hoje em dia no Sistema Único de Saúde. Na opinião dos entrevistados, esse déficit de aprendizado repercute em seus cotidianos profissionais e fazem com que eles se sintam inseguros. Trazem como solução para essa problemática o processo contínuo de educação e a inserção dessa temática no currículo pedagógico das profissões da área da saúde. Observamos relatos e inferimos ocorrer de alguns entrevistados não reconhecerem qual seu papel e o da APS no atendimento dessas mulheres, transferindo, muitas vezes, sua responsabilidade para outros profissionais. Simultaneamente, trazem críticas à gestão do setor saúde, por não respaldar o profissional. Revelaram também, ao nosso ver, desconhecer a rede intersetorial (setor saúde, educação, segurança pública e outros) envolvida no atendimento da mulher nessa situação e parecem não se sentir parte dessa rede. Fazem o que se sentem preparados, mas parecem não fazer uma ideia clara do que acontecerá com a paciente atendida. Ou seja, pode-

se perceber que os profissionais não conhecem qual o lugar que a APS tem nesse atendimento complexo à mulher.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

a) Sobre os limites da pesquisa, consideramos que espaço físico dedicado às entrevistas foi algumas vezes inadequado, por permitir acesso eventual a outras pessoas – no entanto, era o espaço disponível. Isto pode ter comprometido a expressão de alguns participantes e, portanto, a qualidade de seus depoimentos. No mesmo sentido, observamos certa insegurança de alguns para abordar algumas dificuldades profissionais e institucionais e que em alguns momentos alguns trouxeram vivências pessoais que de alguma forma causou ansiedade durante a entrevista. Entrevistamos profissionais das UBS que, hoje em dia, tendem a ser substituídas por USF (Unidades de Saúde da Família); sendo assim, suas falas podem ter sido influenciadas pelo que vivenciam neste tipo de cenário específico da atenção primária à saúde. Ademais, no mesmo sentido, entrevistamos profissionais de apenas um município paulista e com diferentes formações, inclusive algumas com formação em nível técnico não superior.

b) Dentre os pontos positivos da pesquisa esteve a possibilidade de discussão dada ao profissional e a oportunidade que o profissional teve para pensar sobre a temática e perceber sua importância no atendimento dessas mulheres, levantar suas dificuldades e pensar em como resolvê-las.

c) Importante pensar sobre a necessidade, das próximas pesquisas que tiverem como amostra profissionais da APS, de aprofundar à respeito das dificuldades encontradas no atendimento da situação de violência, sua atuação profissional nessa temática e o impasse existente entre a experiência pessoal e profissionais quando o assunto é a mulher em situação de violência, aprofundando as questões sociológicas de gênero envolvidas.

d) Por fim, essa pesquisa possibilitou “um olhar” diferenciado dirigido aos profissionais da APS quanto a esta temática, algo importante para a rede intersetorial que poderá situar-se melhor quanto às possíveis dificuldades deste “elo” da rede. Para os gerentes de saúde, essa pesquisa pode auxiliá-los a visualizar as necessidades e as dificuldades dos profissionais que são responsáveis pelo atendimento da situação. E para os gerentes do setor de segurança, será importante para que possam observar a necessidade da participação desse setor na capacitação dos profissionais da APS, para que os profissionais do setor saúde possam entender/perceber a importância da atuação desse setor no atendimento. Para a comunidade científica, essa pesquisa tem o valor de abordar e expor alguns dos significados psicológicos e culturais dos profissionais envolvidos no atendimento da mulher em situação de violência, permitindo aprofundamentos ulteriores. Do mesmo modo, as dificuldades profissionais constatadas a partir das falas dos

participantes podem colaborar na elaboração de projetos que possam respaldá-los. E por fim, para os gerentes do setor de educação, essa pesquisa torna-se importante por demonstrar a necessidade da inserção dessa problemática na grade curricular dos alunos, sendo que tal inclusão poderia se dar desde o ensino fundamental até a pós-graduação, iniciando com discussões sobre igualdade de gênero e chegando à discussão sobre seu papel como pessoa e/ou profissional no enfoque da situação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BANDEIRA, L. Três Décadas de Resistência Feminista Contra o sexismo e a violência Feminina no Brasil: 1976 a 2006. **Sociedade e Estado, Brasília**, v. 24, n.2, p.401-438, maio /ago.2009. p. 401- 438.
- BANNWART, T.H., BRINO, R.F.. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. **Revista Paulista de Pediatria**, 2011, 29 (2), 138-145.
- BARDIN, L.. **A análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70.1979.
- BIJOS, L.Violência de gênero: crimes contra a mulher. **Revista de Educación en América Latina y el Caribe** [on line]. 2004, vol 19 (71/72).
- BOCK, A.M.B.et al. **Psicologias: Uma introdução ao estudo de psicologia.13ªedição reformulada e ampliada**.Editora Saraiva. 1976 (p.330-341).
- BORBA, F. et al. **Dicionário UNESP do português contemporâneo**. São Paulo: Unesp, 2004.1470p.
- BOUDON, R.; BOURRICAUD, F. **Dicionário Crítico de Sociologia**. São Paulo: Editora Ática, 2001, p. 653.
- BOZON, M. **Sociologia da sexualidade** Rio de Janeiro, Editora FGV, 2004.172p.
- BRASIL. **Lei nº3071, de 1º de Janeiro de 1916**. Código Civil Brasileiro- Revogado. Legislação Federal. Sítio eletrônico internet - planalto.gov.br
- BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 196. 1996. Brasília: CNS; 1996.
- BRASIL, **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Novo Código Civil Brasileiro. Legislação Federal. Sítio eletrônico internet - planalto. gov.br
- BRASIL. Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados** [lei na Internet]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>
- BRASIL, Presidência da República. Secretaria Especial das Políticas para as Mulheres. **Enfrentando a Violência contra a Mulher**, 2005a.64p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros**. In: Impacto da Violência na saúde dos brasileiros/Ministério da Saúde, 2005b. 340p.

BRASIL, Secretaria Especial para as Mulheres. Presidência da República. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. **Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher**. 2006.

BRASIL. **Decreto nº 48.495, de 5 de julho de 2007**. Institui o Programa de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 2007. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. Editora do Ministério da Saúde, 2010.48p.

BRASIL.Ministério da Saúde,Secretaria Executiva, DATASUS, 2011.**Informações de Saúde: morbidade e informações epidemiológicas**. Disponível em:<http://www.datasus.gov.br>.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Disponível em: [http://www.cntssc.org.br/download/Decreto%20N%C2%BA%207508%20DE%2028062011%20\(Federal\).pdf](http://www.cntssc.org.br/download/Decreto%20N%C2%BA%207508%20DE%2028062011%20(Federal).pdf)

CABRAL, F. DIAZ, M. Relações de gênero. In: **Caderno afetividade e sexualidade na educação: um novo olhar**. Secretaria Municipal de Educação de Belo Horizonte: Fundação Odebrecht. Belo Horizonte Gráfica Editora Rona Ltda.p142-150, 1999.

CASSADO, D.C.;GALO,A.E.; WILLIAMS, L.C.A. Transtorno de estresse pós-traumático em mulheres vítimas de violência doméstica: um estudo piloto.**Revista de Psicologia da UNESP**, 2(1), 2003.

CASTRO, J.R.G.; FONTANELLA, B.J.B.; TURATO, E.R. Approaches to teaching and research in graduate courses in the health field: from the reality of the discipline to the transdisciplinary 'utopia'. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.39, p.1025-38, out./dez. 2011.

CASTELLS, M. O fim do patriarcalismo: movimentos sociais, famílias e sexualidade na era da informação. In:_____ **O Poder da Identidade**. Vol.2. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez.2003.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafio para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil.**Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27,2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 240 de 30 de agosto de 2000**. **Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem** [resolução na internet]. Disponível em:

<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7069§ionID=34>

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Lei 3820 de 11 de nov. 1960; Resolução 417/2004**. Disponível em: <http://www.cff.org.br/>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CREMESP). **Resolução CFM nº 1246 de 08 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica**. [resolução na internet]. Disponível em: <http://www.Cremesp.org.br>

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Resolução CFO nº 42 de 20 de maio de 2003 . Dispõe sobre o Código de Ética dos profissionais da Odontologia**. [resolução na internet]. Disponível em: http://www.cfo.org.br/download/pdf/codigo_etica.pdf

CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO (CFP). Resolução CFP nº 010/2005, Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Disponível em: <http://www.pol.org.br>

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Brasília, CFESS, 1992. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/>

COLE, S.R. **O desenvolvimento da criança e do adolescente**. [The development of children]. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 800 p.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 (Supl. I), p. 7-27, 2008

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. 1978. [Acesso em 1 maio 2011]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA 1974. **VII Revisão Constitucional**, 2005. Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>

CORTEZ, M.B.; SOUZA, L.. Mulheres (in)Subordinadas: o Empoderamento Feminino e suas Repercussões nas Ocorrências de Violência Conjugal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 2008, Vol. 24 n. 2, pp. 171-180.

DAHLBERG, LL; KRUG, EG. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**. 2006;11:1163-1178.

DALGALARRONDO, P.A vontade, a psicomotricidade e suas alterações. In: _____. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DANTAS_BERGER, S M; GIFFIN, K. Violence in conjugal relations: concealing and taking sexual violence for granted. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(2):417-425, mar-abr, 2005.

DAY, V. P. et al. **Violência doméstica e suas diferentes manifestações**. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [online]. 2003, vol.25, suppl.1, pp. 9-21.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS,6-12 de setembro de 1978.

DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". **Ciênc. saúde coletiva**. 1999, vol.4, n.1, pp. 81-94. ISSN 1413-8123.

DIESSNACK, M et al. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa. **Revista Latino-Americana Enfermagem** 2007; 15 (4): 684-691.

DINIZ, N.M.F.; SANTOS, M.F.S.; LOPES, R.L.M. Representações sociais da família e violência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2007, novembro - dezembro; 15(6).

OLIVEIRA, A.F.P.L. et.al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2009, vol.14, n.4, pp. 1037-1050. ISSN 1413-8123.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, n. 115, p. 139-154, março/ 2002.

ELIAS, N. **Processo civilizador**. Rio de Janeiro, Jorge. Zahar Ed. 1994.

FONTANELLA, B.J.B. et al. **Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica**. Cad. Saúde Pública [online]. 2011, vol.27, n.2, pp. 388-394. ISSN 0102-311X.

FONTANELLA, B.J.B. **Procura de Tratamento por dependentes de substâncias psicoativas – um estudo clínico qualitativo**. 2000. 359 f. Tese [Doutorado em Medicina] - Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

FONTANELLA, B.J.B.F.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v, 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FRASER, M.T.D.; GONDIM, S.M.G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, 2004, 14 (28), 139-139.

GAZZANIGA, M. S.; HEATHERTON, T.F. **Ciências psicológicas: mente, cérebro e comportamento**. 2 imp.rev.Porto Alegre: Artmed, 2005.

GIDDENS A. **Sociologia**. Porto Alegre, Artmed, 2005. (p.150-170).

GIORDANI, A.T. **Pesquisa-ação com mulheres detentas sobre sexualidade, DST-AIDS e drogas**. Ribeirão Preto [s.l.], 2000.

GIOVANELLA, L. et al. Family health: limits and possibilities for an integral primary care approach to health care in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2009, vol.14, n.3, pp. 783-794. ISSN 1413-8123

GOMES, R.; DESLANDES, S.F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. 1994, vol.2, n.2, pp. 103-114. ISSN 0104-1169

GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GONÇALVES, A.L. **História & Gênero**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.160p.

GONÇALVES, H.S.; FERREIRA, A.L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2002, vol.18, n.1, pp. 315-319. ISSN 0102-311X.

GUEDES RN, SILVA ATMC, COELHO EAC. Violência conjugal: problematizando a opressão das mulheres vitimizadas sob olhar de gênero . **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial on line] 2007 Mai-Ago; 9(2): 362-378. Available from: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a06.htm>

HORNBY, A. S. **Oxford advanced learner's dictionary**. London: Oxford University Press, [1948] 1963.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro, Objetiva, 2009.p.

INSITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades. Taquaritinga. Contagem da população 2010. Área de unidade territorial**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>

JACOBUCCI, P. G.; CABRAL, M.A.A.. Depressão e traços de personalidade em mulheres vítimas de violência doméstica. **Rev Bras Psiquiatr**. 2004;26(3):211-5.

KRONBAUER, J.F.D.; MENEGHEL, S.N.Perfil da Violência de Gênero perpetrada por companheiro. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2005, vol.39, n.5, pp 695-701. ISSN 0034-8910.

KRUG, EG et al., eds. **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002.

LALANDE, A.**Vocabulário técnico e crítico da Filosofia**. Tradução Tradução de Fátima Sá Correia, Maria Emilia V. de Aguiar, José Eduardo dos S. Torres, Maria Gorete de Sousa. Rés, 780p.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. Instituições Sociais.. In:_____ **Sociologia Geral**. 7.ed. ver. E ampl. –São Paulo: Atlas, 1999. (p.171-180).

LÊVI-STRAUSS, C. **Antropologia Estrutural Dois**. 3ª edição. Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro, 1989.

LUZ, M.T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde Soc**. São Paulo, v.18, n.2, p.304-311, 2009.

MARCONI, M.A; PRESOTTO ZMN. Família e sistema de parentesco. In: _____. **Antropologia - uma introdução**. São Paulo, Atlas, 2001. (p.106-131).

MARTINS, A.P.V. **Visões do feminismo: a medicina da mulher no século XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, Minas Gerais, v.12, n. 2, p. 204-213, abr. 2009.

MICHAELIS: **Moderno dicionário de língua portuguesa**. São Paulo: Companhia Melhoramento, 1998.2268p.

MINAYO, M.C.S.Social Violence from a Public Health Perspective.**Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 10 (supplement 1): 07-18, 1994.

MINAYO, M.C.S. E SOUZA, E.R.Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva.História, **Ciências, Saúde- Manguinhos**, IV(3): 513-531, nov. 1997-fev.1998.

MINAYO, M.C.S., SOUZA, E.R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**. 1999, vol.4, n.1, pp. 7-23.

MINAYO, M. C.S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (3): 646-647 mai-jun, 2004.

MINAYO, M. C.S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2006. 132p.

MINAYO, M C S.. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2010.

MONTEIRO, MCN; CABRAL, MAA; JODELET, D. As representações sociais da violência doméstica: uma abordagem preventiva.**Ciência e Saúde Coletiva**, Vol. 4, Núm. 1, 1999, pp. 161-170

MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersectorialidade. **Ciênc. saúde coletiva**. 2007, vol.12, n.2, pp. 363-372. ISSN 1413-8123.

NJAINÉ, K.; ASSIS; S. G.; GOMES, R.; MINAYO, M. C.S. **Redes de prevenção à violência: da utopia à ação**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2006, vol.11, suppl., pp. 1313-1322. ISSN 1413-8123

NOGUEIRA-MARTINS, M. C.F.; BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**. v.13, n.3, p.44-57, set-dez 2004.

OLIVEIRA A.P.G.; CAVALCANTI, V.R.S. Domestic violence from gender perspective and Public Policies. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**. 2007;17(1):39-51.

OMS/Asociación Canadiense de Salud Publica/Salud y Bienestar Social Canadá. **Carta de Ottawa para La promoción de La salud: 1ª Conferência Internacional sobre La Promocion de La Salud**. Ottawa, Canadá, 1996.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: www.un.org.ONU. Disponível em: www.un.org/spanish/News/focus.asp?focusID=9

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.** / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.113 p.

OUTHWAITE, W; BOTTOMORE, T. **Dicionário do Pensamento Social do Século XX.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.; SILVA JUNIOR, A.G. Integrality in the population's health care programs. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 343-349. ISSN 1413-8123.

REIS, M. J.et al. Vivências de enfermeiros na assistência à mulher vítima de violência sexual. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.44, n.2, pp. 325-331. ISSN 0034-8910.

RODRIGUEZ, J. C. R. et al. Mujeres de Guadalajara y violencia doméstica: resultados de un estudio piloto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, sept. 1996.

ROSADO-NUNES, M.J. Direitos, cidadania das mulheres e religião. **Tempo soc.** [online]. 2008, vol.20, n.2, pp. 67-81.

SAFFIOTI, H. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu** (16) 2001: pp.115-136.

SAFFIOTI, H.I.B. Para além da violência urbana. In:____**Gênero, patriarcado, violência.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SALIBA, O et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev Saúde Pública** 2007;41(3):472-7

SAUPE, R. et al. Competence of health professionals for interdisciplinary work. *Interface - Comunic.*, **Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.521-36, set/dez 2005.

SCRAIBER, L.B., OLIVEIRA, JÚNIOR, I.F, STRAKE, S.S., OLIVEIRA, E.A.O.A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em Unidades Básicas de Saúde.**Saúde e Sociedade**, 9(1/2): 3-15, 2000.

SCRAIBER, L.B.; OLIVEIRA, A.F. Violence against women and Brazilian health care policies: a proposal for integrated care in primary care services. **Int J Gynaecol Obstet.** 2002 Sep; 78.

SCHRAIBER, L.B.; OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T. Violência e Saúde: estudos científicos recentes.**Rev. Saúde Pública**, 2006;40 (N Esp):112-20.

SCHRAIBER, L.B.OLIVEIRA, AFPL, COUTO, MTC. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher.**Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup 2: S205-S216, 2009.

SILVA, I.V.; AQUINO, E.M. Padrão de distúrbios psíquicos menores em mulheres vítimas de violência atendidas em uma unidade de urgência e emergência.**Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 24(9):2103-2114, set, 2008.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**, 2005;39(3):507-14. www.fsp.usp.br/rsp

VENTURINI, G. et al. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2010.

VILELA, E.M.; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2003, vol.11, n.4, pp. 525-531. ISSN 0104-1169.

WEREBE, M.J.G. **Sexualidade, Política, Educação**. Campinas, S.P.: Autores Associados, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2008: primary health care now more than ever**. – Geneva, Swiss: WHO Library, 2008.

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

nº de registro no CEP: **258/2010**

Projeto de Pesquisa: Violência doméstica contra a mulher atendida nas Unidades Básicas de Saúde: o ponto de vista dos profissionais de saúde.

Você está sendo convidada (o) para participar de uma pesquisa na qual tentaremos compreender os significados psicológicos e culturais dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre a questão da violência doméstica contra a mulher e sobre as suas eventuais dificuldades e dúvidas para atender essas mulheres vitimizadas.

Para participar, você deverá se sentir totalmente esclarecida (o) sobre os objetivos da pesquisa e depois conceder uma entrevista para a pesquisadora, que é uma aluna de pós-graduação (mestrado) em Enfermagem. Essa entrevista será agendada e será feita em local e horário acordado por você e pela pesquisadora, terá duração aproximada de 30 a 60 minutos e será registrada com um gravador digital de sons.

Esta pesquisa pode não lhe trazer benefícios diretos ou imediatos. Você terá oportunidade de falar o que pensa sobre o tema pesquisado, o que algumas pessoas consideram como algo positivo. Depois de concluído o estudo, seus resultados e conclusões poderão gerar mudanças para melhor na recepção e atendimento dessas mulheres vitimizadas, nas Unidades Básicas de saúde, de um modo geral. Os riscos que prevemos em sua participação são: algum desconforto físico ou cansaço em razão da entrevista poder durar até cerca de 60 minutos e incômodos diante de alguma pergunta, pois falar sobre sua vida profissional poderá gerar alguma lembrança desagradável. Mas então você poderá não responder a essa pergunta ou, caso seja seu desejo, poderá interromper a qualquer momento sua participação, sem qualquer prejuízo da sua relação com a pesquisadora, com a instituição universitária envolvida ou com seu empregador. Não há qualquer obrigatoriedade de sua participação.

Somente os pesquisadores envolvidos diretamente na pesquisa terão acesso à gravação da entrevista. Porém, os resultados desse projeto de pesquisa poderão ser divulgados em encontros científicos e em revistas especializadas, porém sem que seu nome ou outros dados de sua identificação apareçam associados à pesquisa, e sem que qualquer fotografia seja utilizada. É

possível que algumas frases que você fale durante a entrevista sejam utilizadas para exemplificar algumas de nossas discussões e conclusões.

Alessandra de Cássia Leite

Pesquisadora responsável

Este termo é para certificar que eu, _____, concordo em participar na qualidade de voluntário da pesquisa mencionada e explicada acima. Por meio deste documento, dou permissão para ser entrevistada (o) e para que essa entrevista seja gravada. Estou ciente de que, no fim da pesquisa, as gravações de áudio serão apagadas e que os resultados serão divulgados, porém sem que meu nome apareça associado à pesquisa.

Estou ciente de que haverá uma transcrição das gravações para um arquivo escrito em computador e que a pesquisadora, seu orientador e outras pessoas do grupo universitário de pesquisa poderão lê-las para discutir os resultados, mas estas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional.

Estou ciente dos riscos de minha participação na pesquisa, que é poder apresentar desconforto psicológico (diante de alguma pergunta) ou algum incômodo físico (diante da duração prevista de até cerca de 60 minutos). Sei que sou livre para recusar a dar respostas a determinadas questões, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação, a qualquer momento, sem penalidades e sem prejuízos de qualquer tipo, inclusive em meu ambiente de atividade profissional.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Por fim, sei que terei oportunidade para perguntar o que desejar sobre essa pesquisa, e que todas deverão ser respondidas ao meu contento.

Taquaritinga, ____/____/____.

Assinatura do participante:_____.

Nome do Participante:_____.

Endereço e telefone para contato com os pesquisadores:

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar-Tel.(16) 3351-

8338

E-mail: ppgenf@ufscar.br

2.7 O que você pensa que chamaria sua atenção, durante um atendimento, para suspeitar que uma paciente passou por violência doméstica?

2.8 O que você pensa sobre a prevenção e notificação de situações de violência doméstica? [se for o caso, perguntar se conhece algum instrumento específico]

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676

CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil

Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR

cephumanos@power.ufscar.br<http://www.propq.ufscar.br>

Parecer Nº. 258/2010

CAAE: 1804.0.000.135-10

Título do projeto: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER ATENDIDA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: O PONTO DE VISTA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Pesquisadores (as): ALESSANDRA DE CASSIA LEITE, BRUNO JOSÉ BARCELLOS FONTANELLA

Parecer

As pendências apontadas no Parecer nº. 209/2010 foram satisfatoriamente resolvidas. **Projeto aprovado.** Atende as exigências contidas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente dentro de 1 (um) ano a partir desta data e ao término do estudo.

São Carlos, 14 de julho de 2010.

Prof. Dr. Daniel Vendruscolo
Coordenador do CEP/UFSCar