

Análise das percepções e dos cuidados à mulher em situação de violência pelos profissionais da rede de atendimento local em um território prioritário brasileiro

Analysis of the perception of the care towards the women in a violence situation by the local attendance network's professionals in a priority brazilian territory

Clara Marize Carlos¹, Elza Machado Melo¹, Marcos Ferreira Benedito¹, Jéssica Augusta Canazart¹, Adriana Katia Emiliano Souza¹, Victor Hugo Melo¹

RESUMO

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Objetivo: o objetivo do estudo foi analisar experiências, concepções e práticas de cuidado dos profissionais relacionados à mulher em situação de violência em um território prioritário brasileiro. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo. Os dados foram coletados por meio de grupos focais e analisados pelo método de análise de conteúdo. Os participantes incluíram enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, um agente comunitário de saúde e uma advogada. **Resultados:** participaram 39 profissionais no estudo. Três categorias emergiram dos conteúdos obtidos. Sobre seus valores culturais constata-se que os profissionais concebem a violência doméstica como algo que provoca lesões físicas e emocionais, mas enfatizam que a física parece impactar mais as pessoas. O machismo preponderou como a principal causa de violência doméstica. Os profissionais reconheceram as visitas domiciliares como facilitadores e a falta de capacitação profissional como um fator limitante para o cuidado às mulheres em situação de violência. **Conclusão:** embora os profissionais participantes desse estudo reconheçam que a violência contra a mulher está bastante presente no seu contexto e com impactos negativos sobre a sua saúde, existem algumas barreiras que dificultam o cuidado da mulher em situação de violência, como a falta de capacitação dos profissionais, a falta de comunicação entre os serviços e a ausência de infraestrutura local. **Palavras-chave:** Serviços de Saúde da Mulher; Violência Contra a Mulher; Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to analyze experiences, conceptions and care practices of the professionals related to women in violence situations in a priority Brazilian territory. **Methods:** This is a qualitative study. The data was collected through focal groups and analyzed by the content analysis method. The participants included nurses, psychologists, and social workers, one community health agent and one lawyer. **Results:** 39 professionals participated of the study. Three categories emerged from the contents obtained from their speeches. About their cultural values, it is verified that the professionals conceive domestic violence as something that provokes both physical and emotional injuries, though they emphasize that physical violence seems to cause more impact on people. Machismo preponderated as the main cause of domestic violence. Professionals pointed home visits as a facilitator, and the lack of professional training as a limiting factor to the care to the women in a violence situation. **Conclusion:** Although the professionals participating in this study acknowledge that violence against women is very much present in their contexts and that there is negative impacts over women's health, the existence of some barriers that make it difficult to care for women in a violence situation is verified, such as the

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Clara Marize Carlos
E-mail: claramarize@gmail.com

lack of professional training, the lack of communication among services and the absence of local infrastructure.

Key words: Women's Health Services; Violence Against Women; Comprehensive Health Care.

INTRODUÇÃO

Historicamente, a mulher tem carregado o estigma de possuir menos potencialidades em relação aos homens, o que é fator determinante para a violência baseada no sexo, atingindo mulheres em múltiplas faixas etárias, etnias e classes sociais.¹ Dados do relatório da Organização Mundial de Saúde informam que 7% das mortes de mulheres com idade entre 15 e 44 anos ocorridas no mundo estavam relacionadas ao feminicídio, sendo o agressor alguém com quem a mulher assassinada mantinha ou havia mantido relação afetiva, caracterizado como violência por parceiro íntimo (VPI)². Em alguns países, 69% das mulheres declararam ter sofrido alguma modalidade de violência e 60% tinham sofrido agressões mais de uma vez, sendo que 47% revelaram terem sido forçadas à sua primeira relação sexual.²

Com o objetivo de estabelecer medidas de prevenção primária, as associações de profissionais de saúde em alguns países têm adotado protocolos de triagem nos serviços com orientações sobre sinais e sintomas que evidenciam a ocorrência de violência contra a mulher e meios para responder a isso.³

No que se refere à violência contra a mulher no âmbito rural, detecta-se reduzida produção científica preocupada em analisar a real situação de saúde dessa população e seus modos de vida tão peculiares, seja no aspecto familiar ou social, o que pode levar o poder público a acreditar que a violência contra a mulher rural não seja relevante ao ponto de ser inserida como prioridade em suas agendas locais.⁴

A atenção à saúde das mulheres, como preconizado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), pressupõe uma abordagem ampla e integrada, que considere as desigualdades de sexo e o enfrentamento à violência contra as mulheres, assim, o cuidado deve ultrapassar os aspectos biológicos e reprodutivo e levar em conta questões sociais.⁵

O estudo ora apresentado está vinculado ao projeto “Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós”, que tem o enfoque na Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência e Vulnerabilidade, o qual é desenvolvido pelo Mestrado Profissional de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, da Universidade

Federal de Minas Gerais, em parceria técnico-financeira com o Ministério da Saúde (MS).

O objetivo foi analisar o conhecimento, as experiências, as concepções e as práticas de cuidado dos profissionais relacionados à mulher em situação de violência em um território prioritário brasileiro. Ressalta-se que o entendimento sobre as questões propostas assume grande importância, na medida em que pode contribuir para a formulação de estratégias de novas abordagens para o tratamento da mulher em situação de violência, sobretudo no espaço rural, no qual se constata uma produção científica ainda incipiente sobre o tema.

MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo, que permite aprofundar-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, aspecto que não se pode captar em equações, médias e estatísticas.⁶ Ele foi realizado em Quixadá (Ceará), que é município-polo de um território prioritário brasileiro. A escolha desse município ocorreu por definição do MS. Os dados foram coletados por meio de grupos focais, durante um seminário para articulação da rede de atendimento local, que é uma das metas do “Para Elas”.

Os participantes eram profissionais da rede local de atenção à mulher em situação de violência e vulnerabilidade, representando várias instituições e/ou serviços, como: o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); a Unidade Básica de Saúde; a Estratégia de Saúde da Família; o Hospital Municipal; e a Secretaria de Segurança Pública. Para a coleta de dados utilizou-se a técnica de grupo focal, uma forma de entrevista que obtém dados de várias pessoas ao mesmo tempo e possibilita a interação entre elas e o entrevistador.⁶

Participaram do estudo 31 profissionais, sendo oito assistentes sociais, 11 enfermeiros, quatro psicólogos, uma advogada, um estudante de Direito, um fisioterapeuta, duas auxiliares administrativas da Secretaria Municipal, um educador social, um agente comunitário de saúde e dois gestores estaduais.

Os profissionais foram questionados sobre suas concepções relacionadas à violência contra a mulher tais como conceitos, causas, formas de manifestação e sua atuação no cuidado a essas mulheres no seu contexto de práticas.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG (Projeto CAAE-14187513.0.0000.5149), o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelos participantes que tiveram sua confidencialidade preservada conforme Resolução CNC nº 466/2012⁷.

O conteúdo obtido das falas foi organizado a partir dos critérios cronológicos: pré-análise, que consistiu na exploração do material, incluindo a leitura exaustiva das transcrições e identificação de categorias em torno das quais se agruparam os conteúdos; tratamento dos resultados; e inferência e interpretação baseadas na literatura que aborda a temática proposta.⁸

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do conteúdo estudado emergiram três categorias principais que foram analisadas à luz da literatura sobre os temas apresentados. A primeira categoria compõe o tema “concepções sobre violência”. Nessa categoria, a violência física foi considerada a mais significativa na concepção dos profissionais, que ainda ressaltam seus impactos negativos nos vários aspectos da saúde das mulheres, como referido nesta fala. *“Se é só a verbal as pessoas não levam muito pra frente, acabam relevando; como é a física, a coisa já machuca mais a pessoa, não só o corpo, mas machuca a mente da pessoa, é violência”*.

Em relação ao conceito e formas de expressão da violência, eles percebem que ela ocorre de várias formas, em concordância com o conceito apresentado pela Lei 11.340, que foi exemplificado na fala. *“qualquer ação que interfira na integridade física, mental e social daquela pessoa”*. *“Pode se dar por atos ou gestos, palavras que prejudiquem e que ofendam a outra pessoa”*. *“Eu creio que seja tudo aquilo que invade e que a pessoa não permite”*.

De acordo com a Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006, também conhecida como “Lei Maria da Penha”, discorre sobre a violência da mulher como sendo “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause a morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”⁹.

Na Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres, de 1993, a Organização das Nações Unidas (ONU) define a violência contra a mulher como qualquer ato de violência baseado em sexo, que efetivamente resulte ou possa resultar em agravo ou lesão física, sexual ou psicológica ou em

sofrimento da mulher. A violência também é vista como a ameaça de cometer esses atos, a coerção ou privação arbitrária de liberdade, tanto na vida pública como privada. Nessa amostra há, então, uma sintonia entre o conhecimento dos profissionais entrevistados e as definições gerais sobre o tema abordado, ainda que simplificada, ressaltando a abrangência, a prevalência e a importância do assunto.⁸

O *World Report on Violence and Health*, da ONU, em 2002, definiu violência por parceiro íntimo (VPI) como “qualquer comportamento em uma relação íntima que cause dano físico, psicológico ou sexual para as pessoas que estão no relacionamento”. O relatório revelou que a maioria das mulheres que são alvos de agressão física geralmente sofre múltiplos atos de agressão ao longo de suas vidas e que 10 a 60% das mulheres já foram agredidas fisicamente por um homem com o qual tinham relacionamento afetivo.⁸

A fala a seguir refere-se à violência de gênero, que se expressa pela tentativa de domínio do homem sobre a mulher em uma clara violação de direitos:

A violência até compreende uma questão como sendo de intolerância, então você parte pra violência quando você não tolera a opinião daquela pessoa, o comportamento daquela pessoa ou, por exemplo, o marido parte pra violência sexual quando ele se vê, não é nem rejeitado que ele se vê, mas a uma resistência ao ato que ele quer praticar.

A assimetria nas relações entre homens e mulheres é determinada socialmente com o homem sendo colocado em posição de superioridade em relação à mulher. Essas relações sociais deletérias se expressam de diversas maneiras, culminando na forma extrema da violência.¹⁰

Surgiu como consenso dos profissionais do estudo que algumas pessoas da comunidade têm a concepção de um caráter privado da violência doméstica, ou seja, que esta seria uma questão a ser resolvida no espaço particular, apenas entre o casal, não cabendo, portanto, intervenções de outras pessoas. Para os participantes deste estudo, essa crença contribui para a recorrência da violência.

Sempre que ele batia nela os vizinhos nunca interferiam porque diziam que isso era coisa de casal, amanhã eles estão bem e vão ficar de mal com a gente, e no dia que ele bateu nela ninguém teve coragem de... Ficou todo mundo receoso.

Eles pontuaram ainda que, além da assimetria nas relações, manifestadas por comportamentos de autoritarismo masculino, o uso abusivo de álcool pelos homens contribuiu para a violência contra as mulheres em seu território.

Machismo, né, que é o principal. É o homem que é machista, que é autoritário e que acaba agredindo as suas parceiras por causa disso; porque não aceita um não, não aceita ser contrariado e acontece isso. Bebida também, o alcoolismo.

Constatou-se, também nas falas, o reconhecimento da importância de se trabalhar as relações de sexo dos filhos. Contudo, permanece a crença na determinação do papel quase que exclusivo da mulher na educação dos filhos, no qual ela é vista como a principal responsável pelo futuro comportamento do homem em relação à igualdade de sexo.

Uma vez que a gente tava conversando numa reunião, uma pessoa discordou e eu não discordo disso, de certa forma, que nós, mulheres, mães, somos responsáveis pela educação dos filhos em relação a esse machismo, de tirar esse estigma de que o homem é o tal, que ele pode tudo, que ele pode sair e chegar na hora que quer.

A segunda categoria refere-se ao “cuidado à mulher: limites e possibilidades” Identificaram-se as dificuldades para o encaminhamento às medidas de proteção efetivas à mulher em situações de violência, como também a ineficiência e morosidade da justiça, como revelado em sua fala:

A minha maior dificuldade como advogada é também com a justiça no andamento e na eficiência que é pra ser dada a atenção a esses processos, porque na lei tem que uma medida protetiva quando chega à justiça, ela é pra ser decidida em 48 horas e, na realidade, essas 48 horas não existem.

A criação de serviços e instrumentos legais tem contribuído para instrumentalizar e direcionar as ações dos profissionais no apoio e encaminhamento das mulheres em situação de violência, a exemplo da Lei Maria da Penha¹⁰. Apesar das críticas e dificuldades em sua função protetiva, essa lei representa um marco de proteção e preservação dos direitos humanos das mulheres, já que coíbe a violência contra elas e prevê a punição e responsabilização do agressor, além de possibilitar a reabilitação deste.^{9,11}

Este estudo apurou, também, a existência de desarticulação entre os serviços. A fala a seguir sinaliza que não há comunicação entre os profissionais, ao ponto de afirmar desconhecimento da existência da rede: “aí eu vejo a fragilidade da rede; tá muito fragilizada ainda a comunicação. Eu acho que não tem rede”.

A mulher em situação de violência busca atendimento por diferentes portas de entrada na rede, sendo fundamental que ocorra articulação entre seus serviços. A atuação em rede pressupõe a articulação dos serviços, que devem comunicar-se entre si, e seu poder resolutivo está relacionado à qualidade dos vínculos e conexões existentes. Para tal, fazem-se necessários recursos, comprometimento dos profissionais e sua motivação para atuar visando à coletividade.¹²

Verificou-se, também, nas falas que os profissionais mencionam a falta de estrutura como fator limitante do atendimento à mulher em domicílio, mas enfatizam as visitas a domiciliares como estratégias facilitadoras do cuidado com as mulheres vítimas de violência:

Eu acredito que muitos profissionais até tenham boa vontade de querer fazer aquela coisa de encaminhar pros órgãos competentes, mas vem a questão do transporte, das dificuldades que eles têm diariamente e que é uma coisa que quase todos os município sempre têm.

Eu acho assim, as visitas domiciliares são ótimas, estratégia maravilhosa, mas a gente nem sempre tem carro para poder ir. O município não tem carro para a gente poder ir toda hora, às vezes a gente vai de moto.

A capacitação profissional para o cuidado à mulher em situação de violência foi a terceira categoria que emergiu da fala dos participantes do grupo focal. Os profissionais relatam estarem despreparados para atuar no cuidado a essa mulher: “não sei se na Secretaria tem ainda, mas existe um fluxograma: a mulher foi, foi notificado, você vai orientar ela ir pra onde? Pro Centro da Mulher. De lá ela vai pra onde?”

O despreparo profissional pode levar a encaminhamentos inadequados, dificultando o cuidado integral e qualificado que atenda às reais necessidades assistenciais da mulher. Estudos revelam que profissionais devem ter a compreensão da magnitude do problema, a fim de que possam enxergá-lo como uma questão a ser trabalhada por eles.¹³

A falta do conhecimento que contemple uma abordagem da subjetividade da mulher, suas crenças

e expectativas e seu contexto social pode levar a concepções equivocadas e então reforçar a culpabilidade da mulher para justificar a violência sofrida:

Muitas vezes os homens não são punidos por culpa das mulheres mesmo. Na nossa mesmo, elas chegam a denunciar, chegam pra ir no fórum e tudo, mas quando é na hora, passou uma semana ou passou um mês já tá perdendo o marido, já tá ... e ela retira a queixa.

Pesquisa realizada com psicólogas em um estado da região Norte do país sobre os motivos pelos quais mulheres permanecem em relacionamentos conjugais violentos revelou que ainda são mantidas as atribuições de papéis de gênero impostos pela sociedade patriarcal, na qual a mulher deve manter o casamento em benefício dos filhos. Sendo assim, já que esse é o seu papel, justifica-se a vergonha em denunciar a violência doméstica. Outro fator citado como responsável pela permanência da mulher com parceiros violentos foi a dependência emocional e econômica como geradoras da suposta sensação de segurança e proteção conferida a ela pelo homem, além da crença na capacidade transformadora do amor.¹⁴

Evidenciou-se nas falas um despreparo para cuidar da mulher, que engloba mais que conhecimento técnico para lidar com a problemática da violência. O receio de retaliação por parte do agressor leva o profissional a evitar o vínculo e o envolvimento necessário para o cuidado com mulher em situação de violência, conferindo invisibilidade ao problema.

Muitas vezes o que eu vejo é o medo de se envolver: "Vixe, eu vou me envolver com isso! E o marido dela depois vai querer me matar", aí como que fica então? Eu nem vou. Então eu não tenho coragem nem de ser capacitado pra ir além.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora os profissionais desta pesquisa demonstrem ter uma visão clara e em concordância com a literatura pesquisada sobre as múltiplas faces da violência contra a mulher e os fatores que a desencadeiam no seu contexto de práticas, constatam-se fatores limitantes para uma abordagem integral e qualificada à mulher que extrapolam o conhecimento técnico, perpassando pela motivação, o comprometimento e o preparo emocional dos profissionais para o atendimento dessas mulheres.

Os profissionais revelam infraestrutura precária e enfatizam, também, a falta de comunicação e articulação entre os serviços além do medo em se envolver no conflito familiar aspectos que dificultam a abordagem e o cuidado à mulher.

REFERÊNCIAS

1. Carneiro AC, Fraga CK. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. *Serv Saúde Soc.* 2012; 110: 369-97.
2. World Health Organization. *World report on violence and health.* Geneva: WHO; 2002.
3. Pereira-Gomes NP, Erdmann AL, Rebouças-Gomes N, Silva-Monteiro D, Santos RM, Menezes-Couto T. Apoio social à mulher em situação de violência conjugal. *Rev Salud Pública.* 2015; 17(6): 835.
4. O'Doherty L, Taft A, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2014; 348: 2913-24.
5. Coar MC, Lopes MJM, Soares JSF. Representações sociais da violência contra mulheres rurais: desvelando sentidos em múltiplos olhares. *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 48(2): 214-22.
6. Minayo MS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 5ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
7. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 12 dez 2012. [citado em 2016 nov. 03]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
8. Ludke M, Andre M. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Menga Ludke; 2013.
9. Organização das Nações Unidas. *Declaração sobre a eliminação da violência contra as mulheres.* Nova York: ONU; 1993.
10. Lima HS, Silva ATMC, Souza JA, Almeida LR, Lucena RP, Lucena KDT. Análise das práticas profissionais na atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. *Rev Enferm UFPE.* 2013; 7(esp): 6964-72.
11. Presidência da República (BR). Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Brasília, DF; 2006. [citado em 2016 nov. 03]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm
12. Gomes NP, Bomfim ANA, Diniz MF, Souza SS, Couto TM. Percepções dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. *Rev Enferm UFRJ.* 2012; 20(2): 173-8.
13. Gomes NP, Erdmann AL, Bettinelli LA, Higashi GDC, Carneiro JB, Diniz NMF. Significado da capacitação profissional para o cuidado da mulher vítima de violência conjugal. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2013; 17(4): 683-9.
14. Porto M, Bucher-Maluschke JSNF. A permanência em situações de violência: considerações de psicólogas. *Psic Teor Pesq.* 2014; 30(3): 267-76.