Claudia Mara Pedrosa

Mulheres em situação de violência:
o discurso dos profissionais de saúde

Mestrado em Psicologia Social
PUC/São Paulo – 2003

Claudia Mara Pedrosa

Mulheres em situação de violência:
o discurso dos profissionais de saúde

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA SOCIAL, sob orientação da Profª Drª Mary Jane Paris Spink

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
São Paulo – 2003

Pedrosa, Claudia Mara
Mulheres em situação de violência: o discurso dos profissionais de saúde . São Paulo,:s. n., 2003.

Dissertação (Mestrado) – PUCSP
Programa Psicologia Social
Orientadora: Spink, Mary Jane Paris

Palavra-chave: Violência contra a mulher – Relações de gênero – Práticas discursivas

Banca Examinadora

_____

_____

_____

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processo fotocopiadores ou eletrônicos

_____ São Paulo,

Agradecimentos

• À Mary Jane que possibilitou, com sabedoria, a construção do gratificante percurso.
• À Jack sempre presente e incentivando a caminhada.
• À Bader pela atenção e contribuições na qualificação do projeto.
• Aos meus pais pelo apoio e acalento e meus irmãos pelo estímulo.
• Ao Vladimir pelo companheirismo, paciência e amor.
• Aos meus amigos Mariana, Thiago e Cristiane pelo acolhimento e escuta.
• Aos companheiros do GEAVIDAS pelo apoio e enriquecedora experiência.
• À Catalina, Regina e Trude: mulheres que inspiram o desejo de *fazer*.
• Ao Sergio pela disponibilidade nas parcerias.
• Às queridas amigas: Rose pelo carinho e auxílio teórico, Milagros e Mariana Aron pelas etapas compartilhadas com muito humor.
• Aos membros do Núcleo pelas sugestões e receptividade e especialmente à Vera pelo apoio inicial.
• Às pessoas fundamentais *na busca de meus sentidos*: Dr. Durval em minha análise pessoal e Dr. José Francisco nas supervisões acolhedoras, divertidas e norteadoras.
•À Therezinha pela disponibilidade e apoio constante no Programa.
• Aos profissionais de saúde que gentilmente participaram das entrevistas.
• Ao CNPQ, pelo apoio financeiro.

RESUMO

Partindo do pressuposto que a situação de violência vivenciada pelas mulheres é uma questão de saúde, buscamos compreender a partir deste estudo os sentidos da violência que se fazem presentes nos discursos dos diferentes profissionais que atuam no campo da saúde.

Considerando que as ações são orientadas pelos sentidos e pelas práticas discursivas, acreditamos que os profissionais de saúde podem desempenhar um papel fundamental e vir a ser um elemento chave no processo de quebra do ciclo de violência, além de dar um suporte afetivo-emocional para as mulheres nesta situação.

A partir da perspectiva da Psicologia Social crítica de cunho construcionista e das teorias feministas sobre relações de gênero, foram analisadas dez entrevistas realizadas com profissionais de saúde de um hospital público na cidade de Ribeirão Preto/SP.

Utilizamos a metodologia de análise de discurso proposta por Spink (1999), na qual a partir da escuta da leitura de todo o material construimos mapas dialógicos que nos possibilitaram visualizar a multiplicidade de sentidos atribuídos à violência contra a mulher e as dificuldades vivenciadas no cotidiano do trabalho. Os discursos circularam em torno da ausência, na formação profissional, de discussões sobre saúde e violência e outros aspectos a elas associados como: questões de gênero, raciais/étnicas e o contexto psico-social das usuárias. Esta ausência, de certo modo, se faz presente nas dificuldades encontradas na prática profissional e é somente através da experiência que estes profissionais vão criando estratégias para lidar com a violência no dia-a-dia das instituições de saúde. Um outro aspecto muito presente nos discursos foi a vivência de uma forte mobilização emocional gerada pelo contato com situações de violência.

Para oferecer atendimento humanizado e integral e promover a saúde e os direitos das mulheres é preciso: considerar as diferentes noções de violência e os aspectos a ela associados presentes na rede de sentidos da instituição, ampliar as discussões de violência dentro da saúde, oferecer ao profissional suporte institucional através de supervisões e discussões de casos na equipe interdisciplinar e proporcionar o acolhimento adequado para que as usuárias se sintam seguras para relatar seu sofrimento.

ABSTRACT

Assuming that violence situations experienced by women are a health issue, this study had the aim to seek the comprehension of the meanings that health professionals ascribe to violence in their speeches regarding their own experience in different health areas.

Taking into consideration the fact that one's actions are guided by senses and speeches, we believe that health professionals play an essential role and may become a key-element in the process of breaking the cycle of violence; besides offering an affective-emotional support to women in this situation.

Founded on the constructionist perspectives of Social Psychology and the feminist theories about gender relationships, the researcher carried out 10 interviews with health professionals of a public hospital in the city of Ribeirão Preto – São Paulo.

The researcher used the speech analysis methodology proposed by Spink (1999), in which speech maps were created from listening and reading the material collected during the interviews. These maps allowed us to visualize the multiplicity of senses ascribed to violence towards women and the difficulties of their day by day at work. The speeches were mainly about the lack of discussions about the professional education on health and violence and other aspects, such as: gender and racial/ethnic issues, and the womens' psychosocial context. The lack of these discussions can be seen in the difficulties that these health professionals have at work. They use their own everyday experience to acquire the strategies to cope with everyday violence in health institutions. Another important aspect that was exposed in the speeches is the strong emotional incitation created by the contact with situations of violence.

The different perspectives that are assigned to violence, and it's aspects, must be considered in order to offer a humanized and full-time assistance to women; with health promotion and assuring them their rights. Discussions regarding violence in the health area must be extended and institution support must be offered to health professionals through supervision and case studies in multi-professional groups. The proper sheltering must be offered, so the women can feel safe to state their suffering.

Índice

1. Construindo o campo de pesquisa
    1.1. O percurso
    1.2. Justificativa e objetivos
    1.3. O enquadre teórico-epistemológico

2. A violência contra a mulher: do reconhecimento do fato à conquista de direitos
    2.1. Conceituando a violência de Gênero
    2.2. Violência contra a mulher como questão de saúde pública
    - Os programas voltados à atenção da saúde das mulheres
    2.3. A violência contra a mulher na perspectiva dos direitos humanos
    - A evolução dos direitos das mulheres na ótica das Constituições
3. Os procedimentos da pesquisa
    3.1. A entrada no campo: conhecendo os atendimentos existentes em Ribeirão Preto
    - O Grupo de Estudos para a Atenção de Vítimas de violência Doméstica e Agressão Sexual (GEAVIDAS)
    - O Protocolo de Atendimento Terciário às Pessoas Vítimas de Agressão Sexual: Estupro e/ou sexo anal, Abuso Sexual e Sexo Anal.
    3.2. Conversando sobre a violência contra a mulher com os profissionais de saúde
    - Aspectos éticos
    - Análise das entrevistas
4. Os sentidos da violência para os profissionais de saúde
    4.1. Romeu: a violência como indicador da desintegração familiar
    4.2. Joana: o posicionamento crítico frente à Medicina
    4.3. Márcia: da necessidade de vínculos para uma melhor escuta
    4.4. Jaime: da dificuldade de superar o reducionismo biologicista
    4.5. Luciana: do desgaste profissional que clama por cuidados
    4.6. Aline: a mobilização afetiva capaz de gerar novas práticas
    4.7. Carlos: da possibilidade de superar a mera relação técnica
    4.8. Bernadete: do respeito excessivo à vida privada.
    4.9. Solange: da vergonha que mascara o poder
    4.10. Agnaldo: a experiência orientando ações de ensino

5. Considerações finais
    E a conversa continua fluindo...
6 - Bibliografia
7 - Anexos
    Anexo 1 Consentimento Informado
    Anexo 2 Mapas Dialógicos

Capítulo 1 - Construindo o campo de pesquisa

1.1. O percurso

No ano de 1997, ainda na graduação de Psicologia, comecei a percorrer casas de prostituição na periferia da cidade de Ribeirão Preto, interior de São Paulo, a fim de desenvolver um projeto de prevenção de DST/aids , intitulado *Programa de prevenção de DST/AIDS em zona de prostituição de Ribeirão Preto* (Brigagão, et al., 1997) na área de Psicologia Social.

O contexto era de muita miséria social. A zona de prostituição constituía-se de várias ´chácaras´, denominação popular para as casas que invariavelmente tinham quintal, um bar, uma pista de dança improvisada, cozinha e quartos. Estes locais abrigavam um grande número de profissionais do sexo, que na maioria dos casos moravam na casa. As profissionais do sexo que residiam e trabalhavam nas chácaras mantinham um acordo financeiro com o proprietário do local, repassavam a ele uma porcentagem de seus lucros sobre programas e pagavam moradia e alimentação. Alguns proprietários faziam pressão para que as mulheres trabalhassem mais e vendessem mais bebidas. Esta relação de exploração e dominação constitui um tipo de violência psicológica, e muitas mulheres argumentavam suportar essas condições por não ter onde morar ou por não ter melhores condições de trabalho em outro lugar.

Este Projeto marcou meu primeiro envolvimento profissional com a questão da violência contra a mulher e despertou-me para a importância dos aspectos preventivos nas práticas de saúde (Brigagão, Bueno e Pedrosa, 1997)[1].

Esse grupo de profissionais do sexo apresentava dados de violência psicológica, física e sexual. As demais profissionais, que realizavam programas nas ruas e às margens da rodovia Anhanguera, que fica situada próxima à zona de prostituição, vivenciavam a violência física e sexual mais explicitamente, com a

[1] O interesse se estendeu para outros trabalhos posteriores como: Pedrosa, C. M., Valle, E. R. M.2000. Ser irmão de criança com câncer - estudo compreensivo. Pediatria (São Paulo), v.22, n.2, pp.185 - 194.; Pedrosa, C. M. 2000.Violência contra a mulher: análise de documentos jurídicos. In: X Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social Piracicaba; Pedrosa, C.M João e seu irmão.2001. Ribeirão Preto:ABRACCIA/FAPESP.

ocorrência até de óbitos resultantes de ações violentas, como o caso de uma profissional que, após realizar o programa com um caminhoneiro, foi atirada do veículo em movimento, teve traumatismo craniano e foi a óbito. O local era precário de recursos na área de saúde, com subsídios deficitários para dar continência aos cuidados básicos que essas mulheres demandavam.

Nesta época, eu ficava impressionada com a capacidade dessas mulheres de sobreviver, tanto física quanto psicologicamente, em meio a tanta violência e miséria. Não conseguia compreender como, nas chácaras, o rádio permanecia sempre ligado e elas cantarolavam e às vezes dançavam como se esta fosse a vida com que sonharam .

Acho que foi neste momento que me encantei com a Psicologia Social e com a possibilidade de pesquisar, conhecer e intervir em universos completamente diferentes do meu.

Após finalizar a graduação, participei do *Estudo Multipaíses sobre Saúde da Mulher e Experiências de Vida, da Organização Mundial de Saúde*, coordenado pelas professoras doutoras Lilia Blima Schraiber e Ana Flávia P. L. d'OLiveira do departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP/SP, onde realizei atividades como entrevistadora e supervisora de campo da pesquisa, na cidade de São Paulo. Neste estudo foram entrevistadas 2.645 mulheres na cidade de São Paulo e na Zona da Mata em Pernambuco. Foram aplicados questionários a mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos abordando questões de saúde com ênfase na ocorrência de violência contra a mulher.

Essa vivência possibilitou uma nova percepção sobre os riscos cotidianos que as mulheres correm em suas casas e locais de trabalho e o acesso que elas têm auxílio em instituições como delegacias, hospitais ou centros de saúde, locais religiosos e outros, que funcionam como recursos para romper com essa situação.

As análises desse estudo[2] evidenciaram um alto índice de ocorrência da violência física e/ou sexual cometida por parceiros: 29% na cidade de São Paulo e 37% na Zona da Mata. Foram relatados episódios de violência física, tal como tapa, empurrão, soco, chute, estrangulamento, queimadura ou ameaça com arma branca ou de fogo, em 27% das mulheres de São Paulo e 34% das de Pernambuco.

Quanto à violência sexual, 10% das mulheres de São Paulo e 14% das de Pernambuco disseram já haver sido forçadas a ter relações quando não queriam ou forçadas a uma prática sexual que consideravam degradante ou humilhante.

Os dados referentes à busca de ajuda indicaram que 22% das mulheres na cidade de São Paulo e 24% em Pernambuco nunca haviam falado da violência a ninguém, sendo esta pesquisa a primeira oportunidade para o relato.

Na busca por uma ajuda institucional a delegacia/polícia foi apontada como recurso utilizado em 18% dos casos em São Paulo e 10% em Pernambuco. Os hospitais ou centros de saúde foram procurados em 16% dos casos em São Paulo e 11% em Pernambuco.

Como focaliza um tema complexo, o estudo coordenado por Schraiber e d'Oliveira foi estruturado de modo a facilitar uma aproximação com as mulheres bem como possibilitar um suporte emocional cognitivo para as entrevistadoras. As equipes de campo eram compostas exclusivamente por mulheres, incluindo aconselhadoras para eventuais demandas. As entrevistadoras foram capacitadas e treinadas intensivamente antes de entrar em campo. Além das questões metodológicas e éticas de procedimentos de pesquisa, o treinamento abordou o tema saúde e violência em diferentes áreas como Medicina, Psicologia, Antropologia, Direito e História. Neste trabalho ficou explícita a mobilização que a violência causava entre as entrevistadoras e quanto o treinamento e a capacitação são importantes para facilitar a escuta e o acolhimento das questões de violência contra a mulher. Durante esta pesquisa foi possível observar que, ao retornar do campo, as

[2]Lilia Blima Schraiber, Ana Flávia P.L. d'Oliveira (coords*) Violência contra mulher e saúde no Brasil*- Estudo Multipaíses da OMS sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica - Departamento de Medicina Preventiva da FM/USP. – Material de divulgação. www.mulheres.org.br.

entrevistadoras estavam bastante mobilizadas com as histórias de violência sendo que, às vezes, compartilhávamos essas histórias como um mecanismo para aliviar a tensão. Dadas estas questões, a supervisão do trabalho concentrou-se especialmente na qualidade dos dados e nas necessidades de acolhimento, tanto das pesquisadoras como das entrevistadas.

Ao finalizar esta pesquisa iniciei um trabalho de assessoria na estruturação de atendimentos psicológicos dentro de uma Unidade Mista de Saúde de Serra Azul, pequena cidade com 7 mil habitantes, próxima a Ribeirão Preto, onde a violência também era um tema freqüente. Durante o trabalho emergiu novamente o papel dos profissionais da saúde nas ações preventivas e de promoção de saúde das mulheres que passaram ou ainda estão em situação de violência.

O complexo físico da Unidade Mista de Saúde possuía oito leitos, uma Unidade Ambulatorial e um Posto de Saúde onde funciona o Programa de Saúde da Família. O Serviço de Psicologia local recebia o fluxo de pacientes externos que vinham procurar ajuda psicológica, encaminhamentos internos realizados pelos membros da equipe multiprofissional e um número alarmante de queixas escolares de crianças e adolescentes: baixo rendimento e *desvios comportamentais*, entre outras. Ao investigar a estrutura familiar de alguns destes alunos foi possível perceber que havia um alto índice de violência doméstica, mais especificamente brigas, envolvendo agressões dos pais sobre as mães. Juntamente com as queixas advindas das mães, foi observado o uso abusivo de álcool pelos pais.

Os atendimentos médicos realizados nessa Unidade de Saúde revelavam problemas de saúde associados a maus tratos físicos, sexuais e psicológicos a que as mulheres estavam submetidas. Por diversas vezes os profissionais médicos e enfermeiras recorriam ao Setor de Psicologia solicitando o acompanhamento de mulheres que passaram por tentativa de suicídio, aborto, experiências de doenças somáticas sem causas orgânicas aparentes e outros. Os dados das entrevistas chamaram atenção pois mostraram que, na maioria dos casos, os conflitos com o companheiro/marido eram associados a experiências de violência.

As mulheres que recorriam a esse serviço estavam posicionadas num lugar de opressão com dificuldades psico-sociais que as impediam de romper com as condições que as faziam sofrer. Casos como o de Ruth[3], que deu entrada na Unidade por ingestão abusiva de remédio como tentativa de suicídio. Ela tinha 32 anos, trabalhava como faxineira numa Usina de cana-de-açúcar da região. Nessa ocasião havia ingerido todos os remédios que encontrou na sua casa; os filhos perceberam e chamaram a ambulância. Assim que deu entrada no Pronto Socorro, fui chamada pela equipe. Ao acordar Ruth chorava muito, com muita ânsia e dores estomacais devido à lavagem a que foi submetida. Ela olhava para o soro e dizia que 'não era para ter sido acudida, queria o sono eterno, onde ela encontraria a paz'.

No prontuário médico desta paciente, o que chamava a atenção era o registro de várias consultas nos horários de plantões, ocasiões em que recebia receita de medicação-calmante, *para estados intensos de nervoso*, *agitação e enxaqueca*, com uso freqüente de Diazepam (indicado para combater ansiedade). As condições psico-sociais que ela vivia jamais foram referidas.

Ruth acordava todos os dias às quatro horas da madrugada para preparar a marmita do esposo que ia trabalhar no corte da cana às cinco horas. O marido tinha um *ciúmes doentio*, segundo ela e vivia acusando-a de traição. Eram amasiados há 20 anos, com quatro filhas, tendo a mais nova três anos. Relatava uma vida cheia de infelicidade e por isso a tentativa de suicídio era a 'busca por uma paz'. Diariamente ele a ameaçava de morte e fazia visitas surpresas no trabalho dela a fim de 'pegá-la no pulo'. Isso gerava uma situação constrangedora e humilhante no trabalho, além da experiência constante de insegurança. Em casa, as filhas por diversas vezes interviam nas brigas, inclusive para proteger a mãe de agressões físicas.

Após uma dessas intervenções, a filha adolescente de 14 anos também foi agredida fisicamente pelo pai e reagiu como a mãe: tomou ansiolíticos, antipsicóticos e álcool. A tentativa de suicídio foi mais grave e a garota permaneceu internada por

[3] As entrevistas fazem parte de outra pesquisa: Pedrosa, C.M.*'Favor agendar com a psicóloga' – Análise de encaminhamentos internos para o Setor de Psicologia em uma Unidade de Saúde (não concluída).* De acordo com os procedimentos éticos acordados, os nomes das entrevistadas foram trocados para preservar o sigilo.

uma semana e desencadeou o que psiquiatricamente é diagnosticado como *surto psicótico*.

Os casos que vinham encaminhados pelo Conselho Tutelar ao Serviço de Psicologia também evidenciavam uma relação conflituosa dos pais com reflexo na vida da criança, como no caso do filho de Edna.

Edna na época com 23 anos e três filhos, vivia há nove anos com o companheiro. O seu filho que fora encaminhado ao Serviço de Psicologia era o mais velho. Tinha dificuldades de aprendizagem, era hiperativo e às vezes apresentava um comportamento *dissociativo* na sala de aula, permanecia um longo período olhando para o espaço sem notar as intervenções da professora e dos amigos, como se vivesse num mundo solitário.

Ao investigar a estrutura familiar, encontramos uma mulher vivendo em precárias condições emocionais. Quando descrevia sua história enfatizava as dificuldades que havia vivido. Quando solteira, vivia em uma situação familiar muito conturbada: sua mãe abandonou a família quando ela tinha quatro anos e o pai, sem condições de criar os cinco filhos, *distribuiu-os* entre parentes e conhecidos. Edna passou a viver com uma tia numa cidade no Paraná e ficou distante dos outros irmãos e do pai, que continuaram a morar no interior de São Paulo. Ela permaneceu com esta família até a idade de nove anos. Relatava que a tia lhe obrigava a realizar pesadas jornadas domésticas e que os primos brigavam com ela e a humilhavam com freqüência.

Em decorrência dessas brigas, a tia *deu* Edna para uma conhecida, que passou a ser considerada sua mãe de criação. Com ela ainda continuou a vivenciar muitas brigas e humilhações. Aos 14 anos ficou grávida de seu namorado e se casaram. Na gravidez ele já começou a demonstrar agressividade e intolerância: bebia todos os dias quando saía do trabalho e, ao chegar em casa, iniciava um ritual de agressões físicas. Edna levava empurrões e chutes na barriga. Para se proteger das agressões, procurava evitar encontrar o marido e o recurso utilizado foi dormir antes que ele chegasse. Assim, passou a dormir todos os dias às 19:30 horas.

Esse mecanismo de evitação do marido ainda não a impedia de sofrer agressões, uma vez que ao chegar em casa ele, às vezes, quebrava utensílios da cozinha e jogava a refeição que ela havia preparado no chão. Todos os moradores da casa assistiam à cena, inclusive os filhos. A violência sexual ainda era outra constante na vida de Edna e ela mantinha práticas sexuais por medo do marido. No prontuário de Edna há anotações de medicamentos para enxaquecas crônicas.

Era também por meio de relações sexuais que Márcia, uma senhora magra de 53 anos, sofria violência do marido. O cardiologista da Unidade procurou atendimento psicológico para esta paciente devido às alterações de pressão e uma taquicardia sem explicação orgânica. Há seis meses ela fazia controle medicamentoso para a pressão sem resultado. Na entrevista psicológica solicitamos um histórico de suas relações afetivas. Ela residia numa fazenda, estava casada desde os 17 anos e tinha cinco filhos já adultos. Após o nascimento de seu terceiro filho, Márcia nos contou que o marido começou a ficar muito distante e diferente; ia com freqüência à cidade e, com o passar dos anos, ficou sabendo por amigos e conhecidos que o marido tinha uma amante. Nos finais de semana o marido de Márcia não retornava para casa; dormia na cidade e freqüentava também casas onde as profissionais do sexo trabalham – *a zona*.

Essa situação desencadeou em Márcia um quadro agudo de ansiedade e insônia, sendo que já havia realizado diferentes tratamentos de saúde. No seu prontuário médico havia também a descrição de um tratamento recorrente de doença sexualmente transmissível (DST). Ao comentar os tratamentos de DSTs, ela contou que, embora soubesse do que se tratava, não conseguia negociar com o marido nem mesmo o uso de camisinha. Segundo ela, o marido sofria de uma sarna próxima aos testículos há dois anos e se negava a tratar com médicos; só recorria a remédios indicados por um farmacêutico.

Estas histórias buscam ilustrar que a partir do momento que o Serviço de Psicologia oferecia um lugar de escuta, as questões de violência eram explicitadas e trabalhadas, porém percebíamos que essa escuta ficava restrita ao Serviço de Saúde.

A violência que essas mulheres experienciavam nas suas relações maritais pode ser considerada *violência de gênero*, perpassada transversalmente por questões sociais e de raça/etnia. Quando a mulher vive uma situação de violência, ela sofre um prejuízo na sua saúde física e mental e na sua vida social. Assim, a violência física, psicológica ou sexual é uma questão de saúde que deve ser acolhida e tratada pelos profissionais da área, e apreendida dentro da sua complexidade social, econômica, de gênero, raça e etnia[4].

A partir de então passei a questionar em que medida a experiências de violência vivida por mulheres é percebida como uma questão de saúde pelos profissionais que atuam nessa área, se estes estão ou não instrumentalizados para lidar com essa questão e quais os sentidos atribuídos a esta relação.

[4] Para pesquisar estas questões iniciei o mestrado em Psicologia Social na PUC/SP e encontrei nas teorizações do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicologia Social uma possibilidade de estudar os sentidos produzidos na vida cotidiana, e na pessoa da Profa. Dra. Mary Jane P. Spink uma orientadora sensível para minhas inquietações.

1.2. Justificativa e objetivos

Este estudo parte do pressuposto que a situação de violência vivenciada pelas mulheres é uma questão de saúde. De acordo com a literatura consultada, este é um argumento que só recentemente passou a ter eco no campo da Saúde Pública. Segundo Heise:

> Violência de gênero incluindo estupro, violência doméstica, assassinato e abuso sexual é um profundo problema de saúde para as mulheres em todo planeta. Apesar de ser uma causa significante da morbidade e mortalidade, violência de gênero quase não é visto como uma questão de Saúde Pública. (Heise, 1994:145).

Consideramos que os profissionais de saúde podem desempenhar um papel fundamental e vir a ser um elemento chave no processo de quebra do ciclo de violência, além de dar um suporte afetivo-emocional para as mulheres em situação de violência. Heise complementa:

> Mulheres que resistem em procurar ajuda da polícia ou de outras autoridades governamentais podem admitir abuso quando questionadas gentilmente em particular por profissionais de saúde compreensivos. Experiências já mostraram que muitas mulheres vão revelar o abuso se perguntadas por profissionais isentos de julgamento moral. (Heise, 1994:147).

A autora prossegue: "Apesar do potencial papel crítico dos profissionais de saúde, evidências indicam que poucos profissionais identificam e respondem apropriadamente às vítimas de abuso"(Kurz, 1997 apud Heise, 1994:147).

Deste modo, tendo como foco o discurso dos profissionais que atuam na área da saúde, parece-nos importante tentar entender os sentidos atribuídos por eles à violência, já que os sentidos e as práticas discursivas orientam as ações. Assim, o objetivo deste estudo é pesquisar os sentidos da violência que se fazem presentes nos discursos de profissionais que atuam no campo da saúde.

1.3. O enquadre teórico-epistemológico

Esse objetivo foi construído a partir das experiências relatadas no percurso da pesquisadora e da necessidade de ampliar os estudos que abordam a situação de

violência vivenciada pelas mulheres como uma questão de saúde. Para isso utilizaremos o referencial teórico da Psicologia Social critica de cunho construcionista. Neste enquadre, o conhecimento é produzido a partir das interações humanas historicamente situadas; ou seja, é construído conjuntamente pelos atores envolvidos no processo. Nessa perspectiva, a investigação "concerne principalmente à explicação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem, explicam ou contabilizam o mundo (incluindo a si mesmos) no qual vivem" (Gergen, 1985: 266-267). Assim podemos afirmar que o interesse central da pesquisa construcionista é o processo de construção de sentidos, bem como as ações que estes engendram.

Alguns aspectos são considerados fundamentais na abordagem construcionista, segundo Gergen (1985):

> No conhecimento do mundo, a linguagem adquire função central, não mais considerando a observação como fonte principal de obtenção de dados, mas as convenções lingüísticas que possibilitam que as observações tornem-se fatos sociais. Consideramos que as trocas lingüísticas são fundamentais para que se operem os processos de objetivação, pois a construção daquilo que consideramos como realidade, depende delas.

Os contextos histórico e cultural também são fundamentais para a compreensão dos fenômenos sociais já que só é possível entender os discursos no contexto de sua produção, uma vez que os sentidos variam, se transformam, e divergem através do tempo e nas diferentes culturas.

Tendo esta pesquisa o objetivo de estudar os sentidos atribuídos à violência por profissionais de saúde, acreditamos ser necessário posicionar os nossos interlocutores na rede de atores e fatores a partir da qual falam. Tomamos, assim, como pressuposto, que os sentidos são co-construídos dentro do contexto situacional, considerando quem falou, quando e como falou.

Como afirma Ibañez (1994):"Sujeito, objeto e conhecimento não existem como entidades separadas, são resultados de um processo de construção não havendo possibilidade de se referir a qualquer um deles sem reconhecer a existência dos demais".

Esta postura tem implicações de natureza ética e epistemológica. Para Ibañez (1994): "Construcionismo se apresenta como uma postura fortemente desreificante, desnaturalizante e desessencialisante, que radicaliza ao máximo tanto a natureza social do nosso mundo, como a historicidade de nossas práticas e de nossa existência."

Assim, o que conta como verdade em uma determinada formação social deve ser entendido como produção humana e, portanto, relativo a determinado contexto. Não há uma verdade que seja universal, transcendental e absoluta. Para Ibañez as verdades não são mais que cristalizações temporárias do conhecimento, uma vez que entendemos os conhecimentos como uma produção instável, turbulenta, contínua e que dialoga e questiona os saberes instituídos (Ibañez, 1994a; 1994b; Domènech e Ibáñez, 1998).

Nesse enquadre, o conhecimento é tomado como prática social, juntamente com a linguagem, deixando de ser atribuído a uma determinada pessoa ou instituição. A construção do saber, sua reprodução e transformação, ocorre através de processos intersubjetivos, abandonando-se a idéia de uma mente individual como produtora de conhecimento (Domènech e Ibáñez, 1998; Ibáñez, 1994 a,1994b, 1994; Gergen, 1994 a, 1994 b). Os conhecimentos são produzidos na interação humana e são fruto da intersubjetividade e, como tal, ancoram os sentidos possíveis das ações cotidianas.

Partimos, portanto, do pressuposto que o acolhimento possível da experiência da violência de gênero nos Serviços de Saúde depende do que os profissionais chamam de violência, quando a pessoa envolvida é uma mulher, e os sentidos que dão aos atos de violência. Desta maneira, o objetivo principal desta pesquisa é entender os sentidos de violência, tomando por base os discursos de alguns profissionais que atuam em um hospital público de Ribeirão Preto.

Para a consecução deste objetivo, organizamos o trabalho de modo a discutir no capítulo 2 a violência contra a mulher, suas conseqüências psico-sociais, as ações e as Políticas Públicas voltadas à saúde da mulher, e mais especificamente, à questão

da violência contra a mulher. No capítulo 3 apresentaremos os procedimentos de campo e os programas voltados à questão da violência contra a mulher, na área da saúde, em Ribeirão Preto. No capítulo 4 apresentaremos a análise das entrevistas, e no capítulo 5 discutiremos algumas implicações dos dados obtidos.

Capítulo 2 - A violência contra a mulher: do reconhecimento do fato à conquista de direitos

Este capítulo foi dividido em três partes: na primeira buscamos situar historicamente, conceituar e delimitar o conceito de violência contra a mulher que orienta o trabalho de pesquisa; na segunda discutiremos as ações empreendidas no campo da saúde e o modo como a violência contra a mulher tem sido tratada no Brasil; e na terceira abordaremos a violência contra a mulher na perspectiva dos direitos constitucionais.

2.1. Conceituando a violência de gênero

A alta incidência de violência doméstica, as agressões sofridas no espaço do casamento (ou de relações afetivas com a mesma carga emocional e/ou social), no Brasil, faz com que o tema violência contra a mulher seja tomado como sinônimo de violência doméstica. Segundo Grossi (1998), é em torno desta categoria que foram construídas as teorias para estudar a presença de atos violentos no interior da conjugalidade, no espaço do doméstico. O âmbito do privado, da conjugalidade, é considerado aqui como o locus onde existe um projeto afetivo/emocional entre duas pessoas, mesmo quando não vivem sob o mesmo teto.

A violência nas relações de casal, nas relações afetivas no interior das famílias, expressa dinâmicas de afeto/poder nas quais estão presentes relações de subordinação e dominação. A violência contra a mulher tem sido chamada mais recentemente de violência de gênero, para enfatizar que não são as diferenças biológicas entre os homens e as mulheres que determinam o emprego da violência contra a mulher. Significa que são os papéis sociais impostos a homens e mulheres, reforçados por culturas patriarcais, que estabelecem relações de violência entre os sexos. Em suma, as relações de violência dos homens contra as mulheres não podem ser entendidas como relações naturais entre os sexos; os limites foram construídos histórica e socialmente.

A noção de gênero vem muitas vezes sendo confundida com a idéia de sexo feminino, quando na realidade surgiu exatamente para diluir a distinção baseada em sexo biológico. Segundo Schraiber e d'Oliveira (1999a:2):

> Enquanto sexo indica uma diferença anatômica inscrita no corpo, gênero indica a construção social, material e simbólica. Simone de Beauvoir (1970) nos anos 50 já dizia, que 'não se nasce mulher; torna-se mulher.' O que tem um surpreendente avanço nos anos 80 e 90 é o refinamento e a complexificação desta idéia e uma ampliação de seu uso nos mais diversos campos de estudo, tais como História, Antropologia, Sociologia, Psicologia, Direito, Crítica literária, Psicanálise, Educação, Saúde e Economia, entre outros.

O gênero começou a ser usado mais seriamente pelas feministas, na segunda metade do século passado, como uma maneira de referir-se à organização social das relações entre os sexos. Isso para fugir do determinismo biológico; pois sexo é biológico, corporal, mas as distinções estabelecidas entre os sexos são socialmente construídas.

Gênero foi um termo proposto também para reescrever a história, re-significando a posição da mulher na sociedade, inserindo novos temas nos estudos e pesquisas, modificando premissas e conceitos, atribuindo importância não só às atividades públicas como à experiência pessoal e subjetiva.

Scott (1989) propõe o gênero como categoria de análise histórica, e considera que é composto de quatro elementos que funcionam de maneira articulada, mas não obrigatoriamente ao mesmo tempo. São eles: os símbolos, culturalmente disponíveis de representações múltiplas e por vezes contraditórias; os conceitos normativos que são expressos nas doutrinas religiosas educativas, científicas, políticas, jurídicas e colocam em evidência as interpretações limitantes dos símbolos e suas contradições; as instituições e organizações sociais -- família, mercado de trabalho, sistema político, sistema educacional, sistema de saúde -- que divulgam, reafirmam os conceitos e organizam-se sobre esta base; e por fim, a identidade subjetiva vinculada ao indivíduo, à construção do sujeito, que define sua forma de reagir ao que lhe é apresentado. A articulação desses elementos vai compondo a identidade, os papéis, as crenças, os valores, as relações de poder (Scott, 1989).

A construção social do feminino, como figura frágil que precisa de cuidados e preconiza que as mulheres são eternas dependentes, é denunciada e repudiada pelo

movimento feminista. Segundo Schraiber e d'Oliveira (1999a), esta concepção pode, do ponto de vista histórico, explicar - sem eticamente justificar - a cultura da *proteção necessária* (passando as próprias mulheres a se conceber da mesma forma e conceber seus companheiros como *os provedores*), proteção que não se confunde com *cuidado*. Pode justificar também a cultura das mulheres tratadas como sujeitos dependentes, sempre infantilizadas como sujeitos sociais, que precisam de eterna vigilância física e sanções morais para o aprendizado da adequada conduta social (Schraiber e d'Oliveira, 1999a). Assim, as punições e agressões constituem, no imaginário cultural, instrumentos para essa prática *educativa* dentro das normas morais.

São diversas as crenças que justificam a violência dentro do lar, todas relacionadas ao modo como homens e mulheres devem se comportar dentro do casamento e em sociedade. Inclui-se aí as crenças que o homem está no lugar de maior poder e de que o controle faz parte do amor e do casamento. Uma outra crença associada à relação conjugal baseia-se na idéia de que é o desejo masculino que orienta o ato sexual, autorizando, portanto, o uso da violência quando a mulher não deseja ter relações sexuais,o que pode gerar a violência sexual

Bourdieu (1998), utilizando o conceito de dominação simbólica, afirma que a força da ordem masculina pode ser aferida pelo simples fato dela não precisar de justificação: a visão androcentrista se impõe como neutra e não tem necessidade de se enunciar visando sua legitimação.

> A ordem social funciona como uma imensa máquina simbólica, tendendo a ratificar a dominação masculina na qual se funda: é a divisão social do trabalho, a distribuição muito restrita das atividades atribuídas a cada um dos dois sexos, de seu lugar, seu momento, seus instrumentos. (Bourdieu, 1998:15)

Neste sentido a própria dominação já se constitui como a violência.

> A violência simbólica institui-se por meio da adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominador (logo à dominação), uma vez que ele não dispõe de mecanismos para pensar o dominador ou para pensar a si próprio, ou ainda, para pensar sua relação com ele. O que ele dispõe são instrumentos de conhecimento que ambos compartilham e que, mesmo não sendo a forma incorporada da relação de dominação mostram

> esta relação como natural; ou, em outros termos, que os esquemas que ele mobiliza para se perceber e se avaliar ou para perceber e avaliar o dominador são os produtos da incorporação de classificações, assim naturalizadas, das quais seu ser social é o produto. (Moraes, apud Saffioti,1997: 136).

É neste aspecto que poderíamos discutir a idéia da contribuição feminina na produção da violência, uma vez que nos segmentos sociais dominados, impregnados pela violência simbólica, o poder masculino transforma-se em algo objetivo, traduzindo-se em estruturas hierarquizadas, em objetos, em senso comum. Portanto, não podemos partilhar da idéia que a mulher é cúmplice na relação com a violência, porque isso implica, a priori, igualdade, liberdade de escolha. Como sugere Bourdieu (1998), a ordem patriarcal de gênero é imposta, não requerendo sequer legitimação. É preciso romper com a visão dualista que coloca a violência de gênero como fenômeno das relações interpessoais, como se estas existissem fora da estrutura social.

2.2. Violência contra a mulher como questão de Saúde Pública

Parece-nos impossível separar a idéia de violência contra a mulher da idéia de sofrimento: sofrimento psíquico, social e muitas vezes físico. Deste modo é fundamental focalizar as práticas existentes no campo da saúde e analisar como a questão da violência tem sido tratada historicamente nas Políticas Públicas de Saúde bem como nas ações institucionais voltadas para a terapêutica e a prevenção deste sofrimento.

A violência contra a mulher é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como qualquer ação ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto na privada. Segundo o Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (Unifem), a violência contra a mulher causa morte e significativo prejuízo à saúde física e mental das vítimas (OMS, 2000).

A Organização Mundial da Saúde calcula que a violência contra a mulher esteja sendo subnotificada, ocultada ou não documentada, e que a grande maioria das mulheres vítimas de abuso nunca procurou ajuda da polícia ou de outras entidades (OMS, 2000). Assim, quando a mulher chega a procurar esses serviços, pode-se considerar isto como um sinal de alerta e muitas vezes trata-se de uma situação de risco para sua saúde, já que a literatura comprova temores e dificuldades que mulheres, vítimas de violência, têm de procurar ajuda. Não podemos esquecer que este é um fenômeno multifacetado e impregnado de crenças e preconceitos.

Os dados sobre a violência no Brasil são alarmantes. A pesquisa sobre o atendimento à mulher em situação de violência na rede pública de saúde realizada em Belo Horizonte[1] (Jornal Rede Saúde,1999), revela que: a cada quatro minutos uma mulher é agredida no seu próprio lar por uma pessoa com quem mantém uma relação de afeto; mais de 40% das violências resultam em lesões corporais graves

[1] Este protocolo foi elaborado em 1998 pelo Grupo de Trabalho `A violência contra a mulher é também uma questão de saúde pública', organizado pelo Movimento Popular da Mulher e Coletivo de Mulheres Negras, em parcerias com o Pronto-Socorro do Hospital Municipal Odilon Behrens, de Belo Horizonte (Jornal da Rede Saúde, nov/1999 , nº: 19).

decorrentes de socos, tapas, chutes, amarramentos, queimaduras, espancamentos e estrangulamentos. Acrescenta-se a isso que as mulheres em situação de violência eram usuárias assíduas dos serviços de saúde, em geral denominadas pacientes poliqueixosas, por suas queixas serem vagas e crônicas.

Na pesquisa sobre atenção integral à saúde da mulher, coordenada por Schraiber e d'Oliveira (1999b), foram entrevistadas 322 usuárias do Centro Saúde Escola Samuel Pessoa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a fim de apurar dados sobre violência física e sexual. Desse total, 56,8% afirmou ter sido vítima de algum tipo de violência pelo menos uma vez depois dos 12 anos de idade; 15,22% tinha sofrido um episódio de violência no último ano; 19,9% respondeu que tinha medo de ser agredida por alguém próximo a ela. Dos 56,8% de mulheres que relataram agressão, apenas 10,95% teve esse episódio de violência registrado no prontuário médico.

Alguns autores têm discutido que, embora muitas vezes não seja feita menção à violência doméstica, os profissionais de saúde de alguma forma reconhecem a situação de violência, porque prescrevem diferencialmente. Segundo Schraiber e d'Oliveira (1999a), 24% das mulheres em situação de violência atendidas em um pronto-socorro receberam tranqüilizantes ou analgésicos, enquanto que 9% das mulheres com lesões não intencionais tiveram a mesma prescrição. Quando reconhecida, mesmo que não registrada como violência, a situação leva a mais encaminhamentos para os serviços de saúde mental: 15% das pacientes que viviam situações de violência doméstica tiveram esse tipo de encaminhamento, enquanto que apenas 4% das vítimas de lesões não intencionais receberam a mesma orientação (Stack & Flitcraft, 1996 apud Schraiber e d'Oliveira, 1999b).

As manifestações clínicas da violência podem ser agudas ou crônicas, físicas, mentais ou sociais. As chamadas *lesões físicas agudas* - como inflamações, contusões, hematomas em várias partes do corpo - podem ser resultantes de agressões causadas pelo uso de armas, socos, pontapés, tentativas de estrangulamento, queimaduras, sacudidelas. Em casos mais graves podem provocar fraturas dos ossos da face, costela, mãos, braços e pernas, além de prejuízo na arcada dentária.

Nas agressões sexuais podem ser observadas lesões das mucosas oral, anal e vaginal, que envolvem inflamação, irritação, arranhão e edema, podendo ocorrer inclusive perfuração ou ruptura. A gravidade da lesão depende do grau de penetração e do objeto utilizado na agressão. Doenças sexualmente transmissíveis (DST/Aids), infecções urinárias e vaginais, e gravidez são conseqüências que podem se manifestar posteriormente.

Os sintomas como dor no baixo ventre ou infecções, transtornos digestivos - como falta de apetite, náusea, vômito, cólica e dor no estômago, perda de peso - , dores de cabeça e dores musculares generalizadas, podem permanecer semanas ou meses após a agressão. O estresse pós-traumático muitas vezes é caracterizado por sintomas psicossomáticos como a insônia, os pesadelos, a falta de concentração e a irritabilidade. Os efeitos sobre a saúde podem ser *prolongados e crônicos* podendo ser evitados mediante tratamento e apoio apropriado tanto pela equipe de saúde quanto pela família e amigos.

Após a agressão, a mulher pode passar por um estado de choque, o que também pode favorecer *alterações psicológicas* decorrentes desse trauma. Outro sintoma freqüente é a crise de pânico que pode repetir-se por longos períodos, além da ansiedade, medo, confusão, fobias, insônia, pesadelo, auto-reprovação, sentimento de inferioridade, fracasso, insegurança, culpa, baixa auto-estima, comportamento auto-destrutivo como o uso de drogas ou álcool, depressão, tentativas de suicídio e sua consumação.

As manifestações sociais podem incluir o isolamento por medo que outras pessoas descubram o acontecido, o medo de que se repita, a vergonha, e a mudança freqüente de emprego e/ou moradia.

Deslandes, Gomes e Silvia (1998) analisaram 72 atendimentos de mulheres que tinham 15 anos ou mais de idade e foram vítimas de violência doméstica. Estas mulheres foram agredidas principalmente por seus maridos, namorados ou companheiros, constituindo esse tipo de agressão 69,4% dos casos. Na sua maioria,

os agressores eram desempregados ou do lar (39,3%) e tinham entre 20 a 29 anos (46%).

Os golpes desferidos privilegiaram, sobretudo, a face e a cabeça (27 casos), o braço e a mão (21 casos nos quais a vítima relatou ter colocado a mão para proteger a face), ou o corpo inteiro (quatro casos). Conhecer a geografia mais comum das lesões numa situação de violência doméstica é importante para que o profissional possa levantar suspeita diante de casos não-declarados. O espancamento (só de força física) foi o meio mais empregado pelos agressores (70%), seguido da agressão com um instrumento (pau, barra de ferro, porrete), que teve ocorrência em 21% dos casos. A região dos olhos e mandíbulas foi a mais atingida, demandando quase sempre o atendimento de ortopedistas e eventualmente de dentistas e oftalmologistas.

É importante notar que estas mulheres declararam espontaneamente a agressão. Entretanto muitas mulheres, que participaram desta pesquisa, não tiveram essa coragem, atribuindo o seu estado a acidentes ou a quedas e nesses casos não houve investigações, mais uma vez o atendimento limitou-se a um cuidado médico das lesões. O apoio necessário a estas mulheres precisa ser entendido como um atendimento que se inicia numa instituição de saúde, mas que pode e deve estar articulado com outros serviços e instituições (abrigos para momentos de crise, Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher, Conselho Estadual de Direitos da Mulher, serviços de apoio, entre outros já existentes).

Essa violência muitas vezes não deixa as pistas objetivas esperadas pela racionalidade biomédica, gerando a negação de que se trata de um problema de saúde. Mesmo quando a mulher apresenta uma patologia visível decorrente de atos de violência, esses têm pouca importância: é tratada a patologia e a violência tende a ser desconsiderada. A queixa de violência passa a ser vista como sendo de ordem psicológica ou social e não é acolhida pelos profissionais da saúde que, muitas vezes, restringem a sua atuação ao cuidado com as alterações anátomo-patológicas.

Por outro lado, na perspectiva da mulher, como afirmam Schraiber e d'Oliveira (1999b), todo o sofrimento que a leva aos serviços de saúde é

potencialmente doença e, como tal, pode e deve ser diagnosticado e tratado com base em um saber científico e, portanto, bastante legitimado. Essa parece ser a expectativa das mulheres que buscam os serviços de saúde em razão de sua própria inserção como usuárias. A pergunta que nos fazemos na presente pesquisa encontra eco na fala de Schraiber e d'Oliveira:

> Como se dá, então, a interação entre usuária e profissionais de saúde, desde o momento em que a mulher percebe o sofrimento como doença e resolve procurar um serviço, até o momento em que segue uma orientação e tem (ou não) sua demanda atendida?
>
> O interior deste processo, a atividade assistencial em saúde, é o centro dessa interação: é ali que é negociado (ou não) o quanto o sofrimento pode ser traduzido em doença, e os significados que isto pode ter nesta interação. É ali, portanto, que o que foi vivido pode ser percebido como transgressão e violência, ou não, e que as alternativas terapêuticas são negociadas ou impostas. (Schraiber & d'Oliveira; 1999: 10).

2.2.1. Os programas voltados à atenção com a saúde das mulheres

Historicamente a preocupação com a saúde da mulher se iniciou na Revolução Industrial e na consolidação do capitalismo, quando ocorreu a demanda por crescimento populacional. Na época, os partos e a saúde reprodutiva apresentavam alta prevalência de mortalidade materna e infantil, por meio de doenças sexualmente transmissíveis, de gestações repetidas e de agravos conseqüentes à saúde.

Pode-se dizer que os programas de saúde da mulher, do Ministério da Saúde no Brasil, surgem relacionados às estratégias para lidar com o parto e os nascimentos. Os programas no campo da Saúde Materno Infantil eram ações dirigidas às mulheres durante a gravidez, o parto e o puerpério, que tinham como objetivos básicos garantir a saúde do bebê e prevenir a morte materna, estando ainda hoje presentes em ações de Saúde Coletiva.

Em levantamento bibliográfico realizado no *Centro de Informação em Saúde* (SP) foi possível mapear os Programas de Saúde voltados às mulheres. Este mapeamento buscou compreender que aspectos da saúde da mulher foram sendo contemplados e em que momento a questão da violência passou a fazer parte da agenda da saúde.

No ano de 1978, os Programas e Subprogramas Assistenciais da Coordenadoria contavam na sua grade programática com a categoria *Assistência à Gestante*, não aparecendo ainda, nos títulos, a palavra mulher. Na descrição das Diretrizes Gerais encontramos:

> (...) a programação do trabalho (...) deverá ser encaminhada como já se iniciou, de forma a possibilitar sua adequação ao conjunto da Secretaria de Saúde, dando-lhe efetiva contribuição nos trabalhos, visando a melhoria das condições de saúde da população
>
> Para a consecução desse objetivo, entre outras medidas de atenção à saúde, os trabalhos se realizarão por meio de programas de atenção à gestante, à criança e ao adulto, além de subprogramas que se destacam pela importância epidemiológica de trabalho. São eles: Pneumologia Sanitária, com ênfase no controle da tuberculose, Dermatologia Sanitária com ênfase no controle da hanseníase e Saúde Mental.
>
> A Oftalmologia Sanitária e a Odontologia Sanitária são atividades que por serem prestadas à gestante, criança e adulto com metas específicas de atendimento, se integrarão aos três programas (atenção à gestante, à criança e ao adulto) (Secretaria do Estado da Saúde, 1978; folha 06.)

O Programa de Assistência à Gestante tinha como propósito: "Desenvolver junto às gestantes ações integradas de saúde visando proporcionar condições favoráveis para a adequada evolução da gestação, parto e puerpério.'(Secretaria do Estado da Saúde, 1978).

Gradativamente o foco se deslocou da gestante para os métodos de contracepção ou de prevenção da gravidez. Esse parece ser um movimento global, já que podemos notar a preocupação com o aumento populacional em todo o mundo. Assim, no Brasil, os serviços públicos começam a desenvolver, ao lado de ações de assistência à gravidez, parto e puerpério, o controle da gravidez e a distribuição de contraceptivos. Essas ações vieram ao encontro do desejo de muitas mulheres em

controlar a fecundidade, uma vez que este era um momento de absorção de mão-de-obra feminina no mercado.

A proposta de saúde integral se concretizou, mas, segundo Villela (1999), 'é evidente que o foco estava na reprodução'. É neste contexto que surgiu a idéia de *saúde reprodutiva*, apontando para o conjunto mínimo de condições que garantiam à mulher que o ato de reproduzir ou a escolha por não reproduzir não se constituía em risco de vida ou em dano a sua saúde. Assim a idéia de reprodução parecia estar sendo discutida como um *direito* e não como *dever*.

No início da década de 80 o movimento de mulheres inicia parcerias com o Estado para trabalhar com problemas como a violência contra a mulher e para a implementação de Políticas Públicas específicas para as mulheres.

Em 1984 o Ministério da Saúde implementou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, que objetivava criar ações dirigidas às mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos. Esse Programa é, de certo modo, uma resposta aos anseios feministas. O movimento de mulheres estava fortalecido com os princípios da carta de Itapecerica, que foi resultado do 1º Encontro Nacional de Saúde da Mulher, constituindo-se no primeiro documento público elaborado com reivindicações das mulheres para a saúde. Nesta carta, além de outras questões, requeria-se que o PAISM atendesse a todas as faixas etárias, contemplando assim, todos os momentos de vida da mulher. Sua aceitação pelas autoridades governamentais representou uma importante vitória para o movimento feminista.

Em 1993, em São Paulo, no governo de Franco Montoro, foi criado o Conselho Estadual da Condição Feminina (CECF), órgão estadual "criado com o objetivo de traçar uma política de ação global dentro da máquina administrativa do Estado, objetivando as necessidades específicas da mulher na área da saúde, violência, creches e trabalho" (Morais, 1985:28). O CECF tem por missão fiscalizar e sugerir políticas públicas para resolver os problemas específicos das mulheres.

No conteúdo programático do documento *Bases de Ações Programáticas da Assistência Integral à Saúde da Mulher*, na série *Textos Básicos em Saúde*, consultado no

Centro de Documentação do Ministério da Saúde, podemos apreciar a extensão dos cuidados à saúde das mulheres:" Os conteúdos da assistência integral à saúde da mulher serão desenvolvidos através de atividades de assistência clínico-ginecológica, assistência pré-natal e assistência ao parto e ao puerpério imediato". (PAISM, 1984: 13). Note-se que as ações na saúde ainda continuam centradas no eixo ginecologia e reprodução.

No ano de 1986, foi publicado o caderno *Saúde da Mulher*, elaborado pelo Grupo de Estudo da Mulher que era composto por profissionais envolvidas com a temática da saúde da mulher, oriundas de várias universidades e órgãos da Saúde. Nos dois documentos que constituíram o caderno propunham-se várias revisões do PAISM, com a inserção de novas questões como o planejamento familiar e a anticoncepção, item encontrado no documento *Contribuição para o Planejamento de um Programa de Saúde da Mulher no Estado de São Paulo.* O segundo documento, intitulado *Ações Integradas de Atenção à Saúde da Mulher*, apresenta objetivos mais específicos:

- Implantação de assistência clínico-ginecológica à mulher na adolescência, idade fértil, climatério e velhice.
- Ampliação da cobertura e melhoria da qualidade das ações de pré-natal, parto e puerpério.
- Ampliação das ações de detecção e controle do câncer-cérvico-uterino e mama.
- Implantação das atividades de auxílio à concepção e contracepção.
- Realização de ações de educação participativa em todas as atividades desenvolvidas.
- Integração da assistência médica geral, inclusive saúde mental, às atividades específicas.

O relatório apresentado pela Secretaria da Saúde de São Paulo sobre os resultados obtidos pelo PAISM no estado, no biênio 87/88, denominado *Ação Governamental e Saúde da Mulher*, *o Caso de São Paulo*, listou as cinco ações estratégicas escolhidas para facilitar o desenvolvimento da estratégia principal. Elas foram definidas de acordo com razões epidemiológicas e operacionais e se constituíram, em 1988, como as principais metas do Programa.

As cinco ações estratégicas são:

- Prevenção da mortalidade materna;
- Prevenção da mortalidade perinatal;
- Prevenção da mortalidade por câncer ginecológico e mamário;
- Correções de distorções na saúde reprodutiva;
- Prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis.

As questões voltadas ao tema *Condição Feminina* começam a ser citadas neste relatório, sendo aí incluídas, entre outras, as"questões relativas à sexualidade, ao trabalho e à igualdade social, que embora transcendam ao Setor Saúde passam necessariamente por ele e são consideradas diferentes atividades a serem desenvolvidas" (SES/SP, 1988). Mas apesar de, neste momento, aparecer a palavra igualdade social, não aparece explicitamente a questão da violência contra a mulher.

No ano de 1992, as mesmas metas descritas em 1988 continuam sendo alvo do PAISM, sem inserção de novos temas. Porém, neste período, a Secretaria da Saúde identificou alguns entraves na execução do Programa como a inexperiência e resistência do setor saúde com relação a esta proposta e as injunções culturais que se manifestam na resignação histórica da mulher. Foram propostos o treinamento e a reciclagem dos profissionais que atuavam nos serviços de saúde e nas atividades de educação para a saúde e foi sugerida a participação de agentes comunitários de saúde, como medidas para sanar as dificuldades.

No ano de 1998 houve a divulgação da Norma Técnica do Ministério da Saúde para a *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes* (1998) a fim de nortear a atenção nos Serviços de Saúde à Violência Sexual, que começa a tomar visibilidade nas Políticas de Saúde mais formalmente. O *V Fórum de Atendimento Integral à Mulher Vítima de Violência Sexual* (2001), promovido pelo Centro de Pesquisa e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas - CEMICAMP, Ministério da Saúde, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – Febrasgo e IPAS – Escritório Brasil e organizado conjuntamente pela Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Aborto Previsto na Lei, CEMICAMP e Ministério da Saúde, teve como objetivos principais: avaliar a situação do atendimento à mulher vítima de violência

sexual e elaborar propostas dirigidas aos setores que direta ou indiretamente estão envolvidos e interessados na melhoria da qualidade e ampliação da oferta de serviços que acolham e ajudem as meninas, adolescentes e mulheres que sofreram ou estão vivendo em situação de violência sexual, na resolução de seus problemas.

Durante a realização do último Fórum, em dezembro de 2000, foram identificados 53 hospitais com serviços de assistência à mulher vítima de violência sexual em 20 estados da União e 21 serviços em processo de instalação. Podemos perceber que inicia assim, uma mobilização e articulação do Ministério da Saúde no que se refere à violência sexual.

A violência doméstica começa a ser citada pelo Ministério da Saúde no resumo das ações para 2002 e 2003 publicado pela Coordenação Geral de Planejamento, Informação e Avaliação de Ações Estratégicas e Coordenação de Planejamento e Gestão. No site do Ministério, no item relativo ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, podemos encontrar a inserção de projetos voltados ao combate à violência doméstica e sexual, com a criação de serviços de atendimento. O Programa tem como objetivo: *Promover o atendimento integral à saúde da mulher, com enfoque na resolução dos problemas prioritários, através de medidas para ampliação e melhoria da qualidade das ações realizadas na rede SUS e serviços complementares* (Ministério da .Saúde, 2003).

Resumidamente estas são algumas atividades e projetos apresentados no Programa:

? Apoio técnico às instituições públicas e privadas na formulação e implantação das ações básicas voltadas para promoção, prevenção e tratamento da saúde da mulher (Atividade);

? Realização de campanha nacional de mobilização da sociedade para combate aos maus tratos contra a gestante e a violência doméstica e sexual com estruturação dos serviços (Projeto);

? Apoio à realização de treinamentos para implantação do parto humanizado (Atividade);

? Curso de especialização: em enfermagem obstétrica; em planejamento familiar para prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da violência contra a mulher; na prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da adição a drogas; na

implantação de ações de prevenção e tratamento das DST e AIDS no atendimento à mulher; e, na implantação do parto humanizado (Atividade);

? Implementação do programa nacional para detecção precoce e tratamento do câncer de mama;

? Realização de campanhas de divulgação das ações de controle da saúde da mulher (auto-exame de mama, prevenção do câncer de colo) e dos direitos da mulher;

? Apoio às instituições, públicas e privadas, na capacitação de recursos humanos na área da saúde da mulher: cursos de especialização em enfermagem obstétrica;

? Apoio à realização de estudos de avaliação do impacto das medidas de prevenção e controle sobre os problemas prioritários de saúde da mulher (Projeto);

? Elaboração, publicação e distribuição das normas técnicas para implantação, avaliação e controle das ações de saúde da mulher, e de materiais informativos sobre promoção da saúde, com enfoque nos problemas prioritários da saúde da mulher (Projeto);

? Implementação do programa nacional para prevenção e tratamento do câncer de colo uterino;

? Implementação de ações para prevenção e tratamento dos agravos associados ao climatério no atendimento à mulher;

? Realização de pesquisa para diagnóstico da magnitude e estrutura da mortalidade materna no país e definição de indicadores para monitoramento (Projeto); e

? Promoção de eventos sobre a saúde e os diretos da mulher (Projeto).

2.3. A violência contra a mulher na perspectiva dos direitos humanos

No Brasil, organizações não-governamentais como a S*OS Mulher* iniciaram na década de 80 movimentos que possibilitaram a visibilidade e o reconhecimento social da violência contra a mulher. Na época, a campanha, *O silêncio é cúmplice da violência*, buscou estimular as mulheres a denunciar os atos de violência que vivenciavam.

A divulgação de dois fatos, pelo movimento feminista, repercutiu no próprio movimento e na opinião pública. O primeiro quando uma militante, branca de classe média, foi espancada pelo seu marido, professor da Universidade de São Paulo, branco e intelectual. Ela fez a denúncia que contribuiu para romper com o pacto de silêncio, uma vez que mostrou que a violência contra a mulher é praticada em todas as classes sociais, nas diferentes raças e etnias e também não está vinculada ao grau de instrução.

O segundo fato se deu quando o colunável Doca Street matou sua companheira, a milionária Ângela Diniz, em Cabo Frio - RJ. O movimento foi às ruas pedir a punição para o assassino, que foi declarado condenado pelo poder Judiciário. Marcou-se, assim, uma mudança de atitude frente ao assassinato de mulheres; era comum, até então, absolver o réu sob alegação de ter cometido o assassinato em legítima defesa da honra.

Em 1982 mais uma campanha foi realizada pelo movimento intitulada *Quem ama não mata* e, no ano de 1993, foi realizado o Primeiro Encontro Nacional de Entidades Públicas contra a Violência à Mulher, com novo lema: *A impunidade é cúmplice da violência*.

A influência dos movimentos feministas e das lutas pelos direitos de cidadania encontram eco no campo jurídico e um novo olhar começa a ser incluído nas questões das mulheres com o reconhecimento dos direitos humanos referentes a elas.

Em 1984 inaugurou-se na Procuradoria do Estado, órgão da Secretaria da Justiça do Estado de São Paulo, o Centro de Orientação Jurídica e Encaminhamento com o objetivo de atender e conscientizar as mulheres sobre seus direitos, incentivando-as a lutar por eles junto aos órgãos competentes. Instaurou-se, no mesmo ano, a *Primeira Delegacia de Defesa da Mulher* (DDM) também no estado de São Paulo.

Hoje já são cerca de 225 DDMs em território nacional onde todas as funcionárias das delegacias são do sexo feminino para proporcionar tranqüilidade e rapidez nos atendimentos. Há também 255 Unidades Policiais, nove unidades de Casa Abrigos e alguns Núcleos de atendimento à Mulher nas Defensorias Públicas Estaduais.

A Delegacia de Defesa da Mulher foi o primeiro recurso no combate público à violência contra a mulher, especialmente a violência no âmbito das relações conjugais. O Brasil foi o primeiro país do mundo a implantar este tipo de intervenção e, a partir deste momento, a violência cometida dentro do espaço doméstico começou a ser vista e qualificada como crime, como uma transgressão da ordem social, que deve ser enquadrada na lei e receber as punições devidas.

Conforme a lei 8.072, que passou a vigorar em 25 de julho de 1990, a mulher não é obrigada a ter relações sexuais com seu companheiro, caso não queira. Se mesmo dizendo não, ele insistir e obrigá-la a ter sexo, isso é qualificado como estupro. Em crimes hediondos, que incluem o estupro e o atentado ao pudor, o acusado não tem direito à anistia, indulto, fiança ou liberdade provisória; ou seja, ele responde ao processo preso. E, se condenado, a pena é cumprida integralmente em regime fechado.

Apesar de tentar tranqüilizar as vítimas para que exponham seus casos, as estatísticas mostram que as delegacias não conseguem dar continuidade aos processos. Cerca de 95% daquelas que chegam a fazer a denúncia, retiram suas queixas ou nem voltam com os parceiros para a apuração do caso, de acordo com a delegada Sandra Alvim, da Delegacia Especializada em crimes contra a Mulher de

Belo Horizonte (Folha de São Paulo, 1999).

A pesquisa sobre violência doméstica, coordenada por Heleieth Saffiotti e Suely Souza Almeida, buscou traçar um panorama nacional da violência doméstica no Brasil a partir dos casos registrados em delegacias policiais. O estudo iniciou em 1994 e até 1999 já havia analisado mais de 170 mil boletins de ocorrência de todas as Delegacias de Defesa da Mulher (DDM) de 22 capitais, além das cidades do interior de São Paulo. Além disso, foram estudados 849 processos criminais instaurados a partir das denúncias de duas DDMs em São Paulo. Os primeiros resultados apurados em São Paulo mostraram que as lesões corporais são a principal queixa levada pelas mulheres às delegacias. Já os processos analisados até 1999 apontaram que 81,5% dos casos se referem a lesões corporais dolosas, o que significa que as evidências de agressão foram suficientes para que a polícia levasse o caso à Justiça. Dos casos restantes, 4,47% se referem a estupro ou atentado violento ao pudor, 7,77% a ameaças; e, 1,53% a seduções.

O estudo traçou também o perfil da mulher agredida e do casal em situação de violência. Metade das mulheres tem entre 30 e 40 anos e 30% delas tem entre 20 e 30 anos. Em 50% dos casos o casal tem entre 10 e 20 anos de convivência e em 40% deles entre um e dez anos. Depois da queixa, 60% dos casais permanecem juntos (FAPESP,1999).

Algumas informações sugerem uma mudança na mentalidade das mulheres que buscam ajuda mais cedo: nas 1ª e 3ª DDM/SP o número de queixas de ameaça aumentou (de 4,17% em 1988 para 21,3% em 1992) ao passo que caiu o número de registros por agressão (de 85% em 1988 para 68% em 1992) (FAPESP,1999).

No âmbito da Justiça, em 1998 - ano da comemoração do Cinqüentenário da Declaração Universal dos Direitos Humanos - , surgiu a Campanha Nacional *Uma Vida sem Violência é um Direito Nosso*. Essa campanha retomou Tratados, Convenções, Declarações e Planos de Ação de Conferencias Internacionais anteriores, bem como a Constituição Federal Brasileira de 1988 e o Programa Nacional dos Direitos Humanos de 1996, dentre outros documentos que reconheceram a gravidade da

violência familiar, em especial da violência contra a mulher, apontando para a necessidade de repúdio a esse crime.

Mas aplicar essas medidas no âmbito das relações familiares é uma questão delicada e complexa. Situar a violência como problema policial dificultou tratá-la também como questão de saúde, postura que sempre foi uma reivindicação do movimento feminista.

2.3.1. A evolução dos direitos das mulheres na ótica das Constituições

A Constituição de 1824 é omissa quanto à mulher. Naquela época, prevalecia a vontade masculina, sendo os direitos sociais voltados, exclusivamente, para o homem. A mulher não tinha direito ao voto e muito menos a se candidatar a um cargo público ou a um mandato eletivo. Não possuía direitos trabalhistas específicos, nem proteção quanto a sua condição feminina.

A segunda constituição, promulgada em 1891, em nada mudou no que se refere à condição feminina. Continuou ignorando a mulher como cidadã e sem lhe garantir qualquer direito específico.

Na Constituição de 1934 criou-se a garantia para o trabalho feminino, ficando proibida a diferença de salários entre funcionários de ambos os sexos que cumpriam a mesma função. Houve avanços também ao excluir o trabalho feminino das indústrias insalubres, ao criar a licença maternidade, garantindo às mulheres o descanso antes e após o parto, com remuneração assegurada pela Previdência Social, além da garantia médica e sanitária.

A Constituição de 1937 trouxe o direito ao voto para as mulheres, sendo esta a principal diferença. Os direitos já adquiridos permaneceram inalterados, sendo ainda acrescentados:

? a garantia de ajuda às famílias numerosas;
? a ajuda do Estado na educação dos filhos; e

? a igualdade entre filhos legítimos e naturais.

Na Constituição de 1946 foi definida a igualdade entre os sexos, permanecendo as mulheres com os direitos já adquiridos e incorporando outros, como: a aposentadoria (com 35 anos de serviços e obrigatória aos 70 anos); a prisão civil pelo não pagamento da pensão alimentícia; a ajuda à maternidade, à infância e à adolescência.

A Constituição de 1967, elaborada em pleno regime militar, possuía interesses bem diferentes do que a igualdade feminina. Desta forma, não inovou muito. O único avanço em relação às mulheres foi a diminuição do tempo para aposentadoria, que passou de 35 para 30 anos de serviço. Em 1969, foram efetuadas várias alterações no texto da Constituição de 1967 o que, para muitos, a situa como uma nova Constituição Federal. Outros entendem que houve apenas alterações no texto da Lei já vigente. Não ocorreu nenhuma mudança nos direitos das mulheres, continuando a vigorar todos aqueles que já existiam em 1967.

Finalmente, chegamos à Constituição Federal de 1988, ficando nela estabelecida a igualdade entre os sexos e a proibição de distinções de qualquer natureza. Dentre outras vantagens para as mulheres, destacamos:

- O art. 5° consagrou a igualdade de direitos e deveres de todas as pessoas independentes de cor, raça, sexo: 'homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição'.
- Uma outra significativa e admirável inovação foi o seu art. 226 §5° que estabelece que 'os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal passam a ser igualmente exercidos pelo homem e pela mulher. Antigamente, o homem e apenas ele, era considerado 'cabeça' do casal. À mulher, por sua vez, em muitas situações, cabia apenas fazer ou deixar de fazer aquilo que o marido determinasse.
- No âmbito trabalhista, citamos o que estabelece o seu art. 6°, inciso XXX, 'proibição de diferença de salário, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil' e o inciso XX do mesmo artigo, 'proteção do mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos, nos termos da lei'.
- No âmbito civil, o seu art. 189, parágrafo único, trata de matéria relacionada aos bens, estabelecendo direitos iguais para o homem e para a mulher: 'O título de domínio e a concessão de uso serão conferidos ao homem e a mulher, ou a ambos (...)'.

Os avanços que observamos nos cuidados com a saúde da mulher só foram possíveis devido à influência e às pressões exercidas pelos movimentos feministas. Mas parece-nos que não houve um real enfrentamento da questão da violência contra a mulher, seja nas concepções que orientam os programas, seja nas ações concretas no campo da saúde. Por exemplo, em Ribeirão Preto, no ano de 2002, os dados de notificação dos números de violência contra a mulher somente são encontrados no sistema de Segurança Pública/Policial.

Muito pouco se tem feito no sentido de implementar ações concretas no campo da saúde para que possam lidar com a questão.

Capítulo 3 - Os procedimentos da pesquisa

A questão central do trabalho, conforme apresentada anteriormente é entender os sentidos da violência presentes no discurso de alguns profissionais que atuam em um hospital público de Ribeirão Preto. De modo a responder a esta questão desenvolvemos o trabalho de campo em duas etapas. Na *primeira*, buscamos conhecer os atendimentos destinados às mulheres em situação de violência existentes na cidade de Ribeirão Preto. A *segunda etapa*, está voltada, mais especificamente, à compreensão dos sentidos da violência para os profissionais de saúde vinculados ao hospital público.

3.1. A entrada no campo: conhecendo os atendimentos existentes em Ribeirão Preto

A cidade de Ribeirão Preto situa-se no nordeste do Estado de São Paulo, a 313 km da capital. Segundo informação da agência do IBGE local, a população residente, estimada para o município de Ribeirão Preto, é de 504.923 habitantes, conforme dados de 2000.

Tabela 3.1. Distribuição da população de Ribeirão Preto por sexo em 2.000 e local de residência..

Área	*Homens*	*Mulheres*	*Total*
Área Urbana	241.895	260.865	502.760
Área Rural	1.137	1.026	2.163
Total	243.032	261.891	504.923

Fonte: Censo IBGE 2000.

A cidade é conhecida nacionalmente como grande centro de saúde, já que o município está entre os primeiros do Brasil no ranking nacional na proporção médico/habitante. São três mil médicos, um para cada 160 habitantes.

A rede de saúde de Ribeirão Preto desponta como uma das mais importantes e desenvolvidas do país. São 16 hospitais, 35 unidades de saúde, inúmeras farmácias e clínicas, entre outros serviços.

De modo a conhecer os diferentes tipos de serviço na cidade de Ribeirão Preto que realizavam algum tipo de atendimento a mulheres em situação de violência, considerei as áreas de saúde, de assistência social, jurídica e psicológica, buscando dar visibilidade aos serviços e à interconexão entre eles. Busquei nos arquivos da imprensa escrita local -- Folha de São Paulo (Caderno Ribeirão Preto), Jornal a Cidade, Jornal da USP (este de circulação gratuita dentro do Campus da USP) e Jornal da Câmara Municipal de Ribeirão Preto (distribuição gratuita na Câmara) -- reportagens sobre o dia internacional da Mulher (8 de março de 2000) que pudessem indicar a existência de serviços especializados no atendimento a mulheres em situação de violência.

Nesta busca encontrei algumas Organizações não-Governamentais que trabalham na área de assistência social, fornecendo atendimento jurídico e psicológico, como a Casa Maria Otilia Neix e, com um caráter mais educativo, o Centro de Estudo e Prevenção da Violência Doméstica- CEPREV, que atua dando cursos e palestras.

Na área da Segurança Pública temos uma única Delegacia de Defesa da Mulher e com atuação específica na área da saúde, um grupo situado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / USP – o Grupo de Estudos para Atenção a Vitimas de Violência Doméstica e Agressão Sexual - GEAVIDAS

Apresentarei a seguir um pouco da história e dos objetivos deste grupo.

O Grupo de Estudos para Atenção a Vítimas de Violência Doméstica e Agressão Sexual - GEAVIDAS

Ao participar, como pesquisadora, de reuniões, promovidas pelos profissionais do GEAVIDAS que buscavam o aprimoramento da assistência no Hospital das Clinicas da FMRP/USP para crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual, passei a integrar este grupo como assessora voluntária para projetos e ações. Desde outubro de 2000 até o presente momento participo das reuniões do

GEAVIDAS, acompanhando suas incursões a novos locais externos à instituição hospitalar, como o Núcleo de Saúde da Família II (Vila Tibério), da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ USP.

Neste Centro participávamos das reuniões a fim de fortalecer a rede e propor novas abordagens de intervenção e investigação nos casos de violência doméstica, principalmente contra crianças. Para intervenção junto às famílias visitadas pelo Programa de Saúde da Família foi estruturada uma atividade, denominada Oficinas Comunitárias, oferecida como um dispositivo alternativo para trabalhar as psicoprofilaxias das relações comunitárias. Coordenei, como supervisora voluntária, atividades que tiveram duração de três meses - de maio a julho de 2002 - e ocorriam nos finais de semana numa associação do bairro. Estas experiências possibilitaram o acompanhamento de ações profissionais de diferentes áreas e a escuta de seus relatos frente ao tema investigado.

O Grupo de Estudos para Atenção a Vítimas de Violência Doméstica e Agressão Sexual - GEAVIDAS iniciou suas atividades em 6 de abril de 1999, dentro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Foi criado por profissionais de diversas áreas que tinham o interesse comum e a prévia experiência com o problema da violência em diferentes categorias de exposição e faixas etárias, inclusive crianças. Dada a premência do atendimento emergencial nos casos de abuso/agressão sexual, o GEAVIDAS planejou inicialmente ações para a viabilização de uma assistência efetiva e eficaz às pessoas que passaram por esta situação.

O Hospital das Clínicas é considerado um hospital terciário (serviço de retaguarda do SUS) e objetiva atender apenas pacientes portadores de doenças complexas e que não podem ser resolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para receber atendimento, o paciente deve procurar inicialmente o Posto de Saúde mais próximo de sua residência que deve ter condições de prestar o atendimento necessário ou, se for o caso, proceder ao seu encaminhamento para o Hospital das Clínicas. Nos casos de atendimento médico de urgência e emergência, o Hospital das Clínicas conta com a Unidade de Emergência que funciona em regime de

plantão permanente, oferecendo cobertura às urgências em todas as especialidades médicas. O atendimento médico é realizado por meio da Ficha de Referência encaminhada por outro Serviço de Saúde, com ressalva aos politraumatizados e outras urgências que são atendidas de imediato.

O *Demonstrativo de Produção* divulgado pela página do site oficial do hospital revela os seguintes dados:

	1999	2000
CONSULTAS/PROCEDIMENTOS	607.491	524.574
Campus	493.180	467.822
Unidade de Emergência	114.311	56.752
INTERNAÇÕES	35.886	34.075
Campus	21.742	21.941
Unidade de Emergência	14.144	12.134
EXAMES ESPECIALIZADOS		
Exames Cardiológicos	35.887	33.007
Exames Pneumológicos	4.786	5.959
Medicina Nuclear	3.301	4.195
Ressonâncias Magnéticas	4.259	4.057
Tomografias Computadorizadas	12.051	12.095
Ultra-sonografias	21.800	20.989
CIRURGIAS	21.472	21.906
Campus	17.191	17.757
Unidade de Emergência	4.281	3.878
PARTOS	5.100	4.617
HCRP	2.175	1.827
Mater	2.925	2.790

A proposta do Geavidas, não se limita apenas ao atendimento terciário; busca integrar os níveis primário, secundário e terciário para o atendimento de abuso e agressão sexual às vítimas e suas famílias, bem como facilitar as ações conjuntas com os setores públicos competentes. Com esse trabalho, segundo o seu informativo (GEAVIDAS, 2000), visam os seguintes objetivos:

? Melhorar a identificação e notificação dos casos de violência do município;

? Melhorar a informação dos profissionais que trabalham com atenção a vítimas de violência domestica e agressão sexual bem como a população usuária de serviços públicos, quanto às medidas necessárias para proteção e assistência de vitimizados (Conselho Tutelar, Juizado da Infância e Juventude, etc);

? Facilitar o atendimento médico, psicológico, e social, principalmente nas situações de urgência e conseguir medicações profiláticas para evitar a gravidez e as doenças sexualmente transmissíveis;

?Garantir a continuidade dos tratamentos médicos e psicológicos, e das medidas de apoio social.

O Protocolo de Atendimento Terciário às Pessoas Vítimas de Agressão Sexual:

Estupro e/ou sexo anal, Abuso Sexual e Sexo Anal.

Após a inserção do projeto de atendimento do GEAVIDAS no Programa Estadual de DST/Aids do Estado de São Paulo em 2000, o modelo de protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde, na Norma Técnica (1999) que dispõe sobre *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*, que já havia sido implantado no Hospital Pérola Byington em São Paulo, foi adotado e padronizado localmente. Trata-se *do Protocolo de Atendimento Terciário às Pessoas Vítimas de Agressão Sexual: Estupro e/ou sexo anal (mulheres adultas e adolescentes), Abuso Sexual (em crianças de ambos os sexos) e Sexo Anal (homens maiores do que 13 anos de idade*).

A Norma Técnica do Ministério da Saúde apresenta-se como uma das estratégias de combate à violência, e traz os procedimentos necessários para que os serviços de saúde ofereçam às vítimas de violência sexual, um atendimento integral e humanizado, prevenindo e tratando os problemas decorrentes deste tipo de agressão. Esse novo instrumento possibilitou a formalização, na instituição, dos atendimentos e a utilização adequada de medicamentos profiláticos necessários após a agressão/violência sexual.

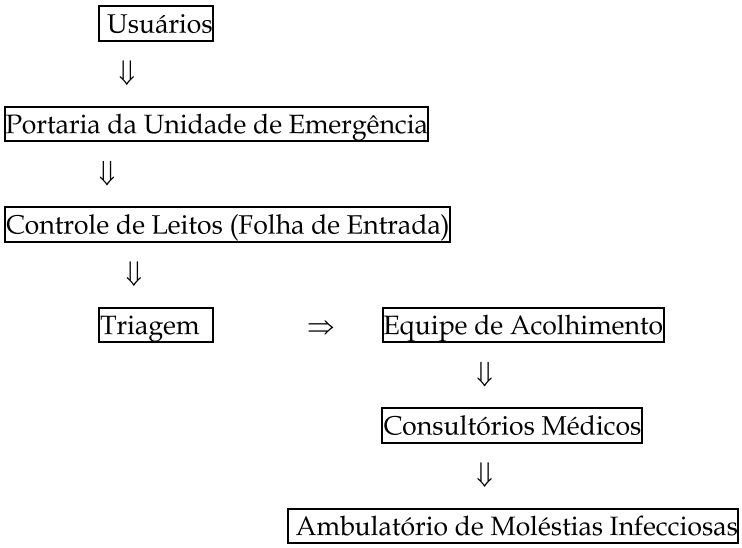
A aplicação do Protocolo estabelece assim, uma postura de grande envolvimento do profissional que faz o atendimento da violência sexual, uma vez que, além dos cuidados com a saúde da mulher, é um instrumento que possibilita a promoção dos direitos da mulher. Permite, por exemplo, que ela decida sobre a continuidade da gravidez e a utilização do material coletado no exame ginecológico para investigação do agressor.

O GEAVIDAS não possui uma estatística oficial mensal dos casos de violência em atendimento de mulheres adultas, contando somente com a relação de atendimentos da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto incluindo também crianças e adolescentes que passaram por situação de violência sexual e agressões físicas. No ano de 2000 foram notificados 26 casos; em 2001 este número subiu para 72 e em 2002, de janeiro até o mês de abril, já haviam sido notificados 16 casos.

Na área de atendimento psicológico, frente a grande demanda - uma vez que o Grupo contava com apenas uma psicóloga voluntária - e a necessidade de articular ações de saúde e extensão universitária, propusemos uma parceria com a faculdade de Psicologia da USP/RP, oferecendo vagas para estágios. Articulei a estruturação do estágio que passou a integrar o Programa de Atendimento do Protocolo. Hoje, as estagiárias atendem, sob supervisão, as usuárias do serviço e seus familiares, na Equipe de Acolhimento e nos Consultórios Médicos, conforme fluxograma resumido de atendimento.

As crianças recebem atenção especial do Projeto Brincar – voluntários que brincam no hospital – durante a fase de avaliação para tratamento psicológico.

Fluxograma resumido



Fonte: Informativo GEAVIDAS, 2001.

Apesar do Grupo de Estudos para Atenção a Vítimas de Violência Doméstica e Agressão Sexual - GEAVIDAS incluir, até no próprio nome, os cuidados a violência doméstica, a violência mais tratada é a sexual. Isso pode ser explicado pela maior visibilidade por ocasião da implantação do Protocolo no Serviço. Assim, embora não haja registro oficial, podemos estimar que 90% dos casos encaminhados e seguidos pelos profissionais do GEAVIDAS são casos de agressão e/ou abuso sexual. Frente a esses encaminhamentos, minha questão de pesquisa foi formulada da seguinte forma: quais os sentidos da violência para alguns profissionais de saúde que atuam em um hospital público?

3.2. Conversando sobre a violência contra a mulher com os Profissionais de Saúde

Foram realizadas 12 entrevistas com profissionais de saúde de um hospital público de Ribeirão Preto, das quais dez foram analisadas. Busquei entrevistar profissionais de diferentes categorias: médicos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, enfermeiras, psicóloga e alunos de Medicina. Entrevistei profissionais de ambos os sexos, sendo que apenas nos casos da psicóloga e da assistente social isso não foi possível.

A exclusão de duas entrevistas deu-se devido a dois fatos: em uma das entrevistas o auxiliar de enfermagem não aceitou a gravação, alegando que 'se sentia mais a vontade de falar sem gravar'. Assim, busquei fazer anotações no decorrer dela, porém a qualidade do material ficou muito prejudicada. No segundo caso, na entrevista com uma enfermeira, ela relatou sua própria experiência com violência doméstica. O tema mobilizou muito a entrevistada e avaliamos que, mesmo ocultando sua identidade, trocando seu nome, ela havia descrito diversos momentos profissionais, o que possibilitaria que fosse identificada no ambiente de trabalho. Assim, optamos por preservar este momento de intimidade da mulher, não a incluindo na análise.

A decisão de entrevistar profissionais de diferentes categorias deve-se ao fato de acreditarmos que as ações de saúde começam no momento em que a usuária entra na instituição, e todas as relações que ela estabelece com os diferentes profissionais podem vir a ser terapêuticas ou pelo menos marcar o início do tratamento. Especialmente nos casos de violência, que estão sempre muito impregnados de preconceitos, é fundamental que todos os trabalhadores da saúde saibam como lidar com essas informações.

As entrevistas foram abertas, iniciadas com a pergunta: *Na sua experiência profissional como você percebe a questão da violência contra a mulher e a saúde? À* medida que ela se desenvolvia, foram introduzidas novas questões visando a compreensão dos sentidos de violência.

Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do hospital contemplando os itens do protocolo padrão, reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde. O processo de aprovação do Comitê foi registrado com o número: 5.834/2002, sendo também estabelecido um docente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, como responsável local.

As entrevistas foram precedidas pela leitura e assinatura do Consentimento Informado (anexo 1). Foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e os usos que seriam feitos dos dados, sendo enfatizado o caráter voluntário da entrevista e firmado o compromisso de sigilo e respeito à privacidade e à autonomia.

Entretanto, apesar da necessidade de submeter esta pesquisa ao Comitê de Ética da Instituição, a postura que também norteou a pesquisa está pautada na ética dialógica discutida por Spink (1994). Esta postura reconhece o outro como o indivíduo com quem entramos em diálogo e com o qual estabelecemos uma relação horizontal. A condução ética se apóia no reconhecimento da alteridade.

Assim, em todo o meu percurso como pesquisadora neste estudo expus o desenvolvimento da pesquisa, dentro dos enquadres éticos divulgados na Resolução do Conselho Federal de Psicologia. Considerei que a pesquisa que envolve seres humanos em Psicologia é uma prática social que visa à produção de conhecimentos que propiciam o desenvolvimento teórico do campo e contribuem para uma prática profissional capaz de atender as demandas da sociedade (Resolução do CRP, 2001) .

Análise das entrevistas

Para a análise das entrevistas utilizei o método de análise dialógica proposto por Spink (1999), que busca explorar a polissemia do discurso. Para Potter & Wetherell (1987:206) o "Discurso é tratado como um potente meio orientado pela ação e não um canal transparente de informação." É por considerar que o discurso não é transparente que necessitamos de um método de análise que nos possibilite acessar as vias de construção dialógica das falas que constituem o foco do estudo.

Em Psicologia, segundo Edwards e Potter (1992), as pesquisas orientadas para o discurso e sua análise surgem a partir da crítica a conceitos teóricos, perspectivas ou práticas analíticas existentes. Para eles, a "Psicologia discursiva geralmente está relacionada com as práticas das pessoas: comunicação, interação, argumento; e com a organização dessas práticas em diferentes situações" (1992:301). O termo discurso é usado para se referir a formas de textos e falas, sejam eles textos escritos, conversas naturais do cotidiano ou material de entrevistas. Para a Psicologia Discursiva de cunho construcionista todas formas de interação social baseadas na linguagem são importantes.

Segundo Iñiguez e Antaki (1994), um discurso:

> é um conjunto de práticas lingüísticas que mantÊm e promovem certas relações sociais. A análise consiste em estudar como estas práticas atuam no presente mantendo e promovendo essas relações: é trazer à luz o poder da linguagem como uma pratica constituinte e regulativa

Estes autores ressaltam que a análise de discurso não é uma técnica fixa e prescritiva, ou seja, não tem receitas a serem seguidas, ''e um método flexível e interpretativo". Para descrever os passos da análise seguimos, ainda, as propostas de Iñiguez e Antaki (1994):

> -Ler o material, trabalhando com ele de forma similar à proposta da análise de conteúdo;
>
> -Verificar como ele pode contribuir para a construção de um fato, ou seja, identificar quais são os seus efeitos latentes;

-Buscar no material que está sendo submetido à análise outros dados que confirmem as proposições/interpretações feitas;

-Utilizar a ferramenta, qualquer que seja ela, na totalidade do material em questão.

Ainda quanto à análise, Spink (1999) pontua a importância da leitura/escuta do material, quando devemos observar, os temas emergentes, o investimento afetivo e a construção do discurso. Nesta fase, devem ser observadas também as contradições que surgem e são indicadoras de como o discurso se orienta para os atos. Os lapsos, os silêncios, e as pausas nos dão pistas do investimento afetivo, e a organização do discurso indica os modos de argumentar contra ou a favor de uma versão dos fatos. Nas entrevistas percebemos o quanto falar da violência mobiliza afetivamente o profissional: em diversos momentos apareciam a comoção na fala, nos olhos lacrimejados e até mesmo no choro.

Posteriormente foram construídos mapas dialógicos para os quais foram transcritas as entrevistas na íntegra, respeitando a ordem em que os conteúdos aparecem no discurso e enquadrando-os dentro de tais dimensões.

Esses mapas permitem a visualização da associação de idéias entre as dimensões e também das múltiplas idéias e imagens que se fazem presentes em uma dada dimensão.Um dos mapas foi apresentado nos anexos de modo a ilustrar o procedimento utilizado.

"Dada a compreensão que a entrevista é uma prática discursiva e cada fala está inserida no contexto de sua produção, a interação entrevistado-entrevistador foi considerada fundamental para a compreensão do jogo de posicionamento que ocorre durante a entrevista (Aragaki,2001).

Capítulo 4 - Os sentidos da violência para profissionais do Serviço de Saúde Público

4.1. Romeu: a violência como indicador da desintegração familiar

Romeu é casado; tem dois filhos homens de 14 e 17 anos, sempre morou em Ribeirão Preto, onde sua família reside. Trabalha neste hospital há 15 anos e exerce a função de Auxiliar de Enfermagem. Anteriormente trabalhou em outros hospitais e no ambulatório de um clube.

Relatou que acha a profissão *dura*, uma vez que, para complementar o orçamento financeiro, às vezes faz alguns plantões e também trabalha nos finais de semana.

Mas afirma que gosta muito do que faz e isso torna seu cotidiano mais leve e agradável; costuma fazer amizades com facilidade, uma vez que gosta muito de conversar.

Descreveu sua vida em família como tranqüila e sente que, pelos encargos profissionais, não consegue permanecer tão próximo dos filhos como gostaria. Sua esposa também se queixa das ausências, mas segundo Romeu, ela compreende que é pela necessidade financeira.

Ele situou a família como um importante suporte para as relações saudáveis na sociedade e relembrou com saudosismo suas vivências na infância, junto aos pais.

Dentro do hospital é visto pelos colegas como uma pessoa acessível e mais de três colegas de trabalho o indicaram para participar desta pesquisa.

A entrevista foi agendada para um final de semana, durante um plantão. No dia precisei aguarda-lo por 40 minutos até que ele pudesse finalizar as atividades na enfermaria. Após a autorização do supervisor nos acomodamos numa sala tranqüila, e antes de iniciarmos a entrevista conversamos um pouco sobre a *correria do plantão*.

Uma teoria explicativa da violência na perspectiva de Romeu

Ele discutiu abertamente a questão da violência e suas possíveis causas. Apesar de não centrar seus argumentos na violência contra a mulher, discutiu as relações sociais com destaque para os familiares e os fatores que geram a violência.

Para ele, a violência está intimamente associada aos desgastes da vida cotidiana, ao trabalho, aos problemas financeiros, à desintegração da família oriunda da ausência de valores morais e ao respeito de antigamente.

Afirma que o desentendimento entre as pessoas predomina nos nossos dias e parece acreditar que há uma tendência contemporânea de desrespeito; as famílias não são capazes de ensinar o respeito mútuo. Deste modo, ele acredita que esses

fatores provocam o acúmulo de cargas negativas que são liberadas na forma de opressões e agressões.

Ele argumenta que as pessoas perderam ‘um pouco a noção das coisas’. No contexto em que foi feita esta afirmação, Romeu quer dizer que percebe um movimento uniforme presente nos diferentes ambientes onde circula e que neles a forma de ver e tratar o outro é de desrespeito.

Isso desvela algumas *barbaridades* que a cada dia vão se superando. A *noção das coisas*, a moral e o respeito pelos outros, segundo a construção feita por Romeu, têm a origem na família. É na criação e na educação que se aprende a respeitar. Relembra que na sua infância só com o olhar do pai ele, os irmãos e a mãe compreendiam o que o pai queria dizer. As relações eram, para ele, aparentemente mais saudáveis.

Durante toda entrevista ele manteve essa linha argumentativa na qual a família tradicional e os valores morais seriam o antídoto perfeito contra a violência. Mas é preciso lembrar que as relações a que ele se refere podem estar associadas mais a relações de poder vertical de autoridade, onde muitas vezes a violência psicológica está implícita, do que a relações horizontais de respeito à alteridade. Veja como ele se recorda do poder exercido pelo pai:

> ‣ R[1]: Antigamente era diferente a família; as pessoas respeitavam mais. Os pais tratavam de uma outra maneira... não tinha briga. O pai só olhava e a gente sabia o que era; todo mundo entendia. Era no silêncio, mas a gente sabia, minha mãe entendia.
>
> A gente tinha um respeito também, era de dar ... não sei o termo, me fugiu ... não sei, era muito diferente de hoje em dia, você não acha que as pessoas perderam um pouco a noção das coisas?

Romeu contou sobre um caso que acompanhou no ambulatório de um clube onde trabalhava. Foi interessante observar que ele consegue perceber que a violência

[1] [5] As iniciais que antecedem todos os trechos das entrevistas serão E (entrevistadora) e a primeira letra do nome do entrevistado.

não tem classe social, cor e raça, como já descrito em alguns estudos de Saffiotti (1999), sendo impossível identificar o agressor nas outras relações sociais que ele estabelece:

> R:(...) quando eu trabalhava no ambulatório do clube, foi interessante minha experiência com isso – com a violência - com mulher que é violentada pelo marido... Porque lá tinha uma mulher que procurava a gente para conversar, para desabafar.
>
> Ela tinha uma relação complicada com o marido. Às vezes ele era agressivo, às vezes batia mesmo nela.
>
> E como ela não podia falar com ninguém, ela vinha lá. (...)
>
> E eu conhecia o marido, lá a gente conhecia muitas pessoas. Você olhava para o marido, e não dava nada, ele era descontraído, trabalhador...

Essa observação acerca da impossibilidade da identificação imediata do agressor tem a sua contrapartida na impossibilidade de identificar a vítima por seus caracteres externos, já que muitas vezes a agressão não deixa marcas. Vale lembrar, ainda, que os profissionais de saúde devem estar atentos pois muitas vezes o que acontece no interior das relações afetivas só é percebido quando se tem a chance de falar e discutir o assunto; especialmente quando a agressão é psicológica, sem marcas aparentes. É preciso investigar interrogando, ouvindo, e não apenas julgando pela aparência

Romeu percebe que as conseqüências da violência também aparecem somatizadas no corpo e podem causar o adoecimento da mulher. Para ele, permanecer numa relação violenta traz problemas à saúde, inclusive podendo causar problemas mentais mais sérios, como ansiedade e depressão.

> R: Às vezes ela falava coisas íntimas... como, como...bloqueio sexual. Porque o marido a forçava a ter relações quando ela não queria. Então ela começou a ter problemas...coisa mais complicada... acho que era como se ela não tivesse desejo.A mulher quando passa por isso tudo, ela começa a ficar até doente, desenvolver a doença mesmo.
>
> E: Como que é isso?
>
> R: Ah, você não vê, essa história de que a gente fica nervoso tem umas coisas estranhas, tem dor de estômago, tem dor de cabeça... então você imagina viver desse jeito.

Essa afirmação é corroborada pelos estudos de Heise (1994) onde a violência é apontada como fator de risco para a doença mental, depressão, suicídio entre outros.

A queixa é vaga, não é diagnosticada como patologia; se não aparecer em alterações no corpo, não entra no diagnóstico.

A impossibilidade de compreender a violência contra a mulher

A violência vivida pela mulher na relação amorosa parece engendrar uma complexa rede de ações onde muitas vezes é difícil, para quem observa de fora, entender.

Romeu afirma que não entendia o que acontecia com sua cliente do clube.

Numa tentativa de explicar ou de entender, alguns chegam a culpabilizar a mulher dizendo que há uma cumplicidade, uma paralisia e a falta de vontade de mudar a situação. Mas essa questão é muito mais complexa. Não se trata de cumplicidade, já que a mulher não está na mesma posição que o homem e muitas vezes está sujeita a suas imposições: físicas, psicológicas e financeiras. E como podemos dizer que há paralisia, ou falta de vontade de mudar, quando essa mulher fala sobre isso com um profissional de saúde e às vezes espera que este profissional dará a ela algum tipo de solução mágica? Volto a afirmar que esse tipo de vinculo é fruto de uma rede complexa de emoções e que explicações simplistas apenas vitimizam mais a mulher

> R: No clube teve uma vez que essa mulher chegou com um galo na cabeça, o marido tinha dado uma fivelada... imagina... Mas ela se... se submetia.(...) Não dava para entender mesmo como que ela vivia naquela situação, você falava para ela largar o marido, ir embora, mas ela não ia. Tinha uma dependência financeira, ela não tinha alternativa, não tinha para onde ir.

A violência mobiliza afetos e pensamentos de diversas ordens que atravessaram os discursos de todos os profissionais de saúde com os quais conversei. Estavam às vezes implícitos, outras vezes enunciavam dificuldades ou mesmo a recusa em lidar com este tipo de paciente. Mas em nenhum momento o sofrimento humano, de presenciar a dor do outro, apareceu de forma tão explícita como nos conta Romeu:

> R: (...) às vezes acontece de você ficar muito próximo da pessoa e ela começar a te contar da vida, e aí você vê que ela sofre tanto com o marido que acaba até relacionando um pouco a situação dela... Eu via muito isso na psiquiatria, porque lá tem as deprimidas... ah, nossa! Lá é difícil também... você vê tanta coisa, é difícil cuidar... tem tratamento??

Romeu mostrou que falar de violência não é tarefa fácil. O caso que atendeu ficou marcado na sua memória e às vezes o relata com impressões impactantes. Em alguns momentos ansiedade surge na conversa acompanhada de uma explicação

onde Romeu se sentia fugindo, demonstrando dificuldades de situar se ainda estava dentro da nossa conversa.

> R: E... tá vendo eu sempre fujo.. esqueci... ah, acho que respondi né.
>
> As vezes você quer fazer um monte de perguntas e eu estou fugindo.

Parece que a fragmentação do sujeito entre corpo e mente, onde cada especialista cuida de uma parte, é um dos fatores que contribui para que muitos dos atendimentos realizados por profissionais de saúde se limitem a um exame parcial: a pessoa é reduzida a seu corpo ou a sua mente. Para um atendimento integral da pessoa é necessário que todos os profissionais estejam atentos às queixas, sejam elas de ordem corporal ou emocional. Deslocar a questão para a Psicologia, como nos conta Romeu - especialmente nos casos de violência doméstica - pode vir a dificultar um possível tratamento. Em um primeiro momento, o mais indicado seria que a mulher fosse ouvida e acolhida pelo profissional que ela escolheu como interlocutor.

A invisibilidade da violência contra a mulher no Sistema de Saúde

Na perspectiva dos profissionais entrevistados, o modo como o sistema de saúde em Ribeirão Preto está organizado não permite o atendimento pleno dos casos de violência contra a mulher. Não há estrutura física nos hospitais e ambulatórios e muito menos capacitação e treinamento dos profissionais da rede para lidar com essas questões.

Romeu percebe a diferença do atendimento prestado por ele em dois locais em que trabalhou. Na rede pública não pôde contar nenhum caso de paciente, porque não tinha tempo para conversar com os usuários que atendia. Já no clube, onde tinha tempo disponível, foi capaz de ouvir e acolher uma paciente. E apesar de

não ter sido treinado, ele parece ter uma noção da importância da escuta e do acolhimento nos casos de violência.

Da mesma forma, quando insere a questão da formação e instrumentação do profissional para atender os casos, reconhece que para a mulher relatar algo desse âmbito, precisa se sentir segura e confiante num ambiente acolhedor. Assim, sua experiência no clube serviu como exemplo de local onde foi possível oferecer um atendimento sem pressa e com maior atenção à demanda.

Ele reconheceu que seus conselhos/atendimentos dados à paciente do ambulatório, eram uma forma de intervenção, uma vez que a escutava e que, ao final dos encontros, ela se sentia muito melhor após ter falado sobre seus problemas:

> R: Ela (usuária do serviço de saúde do clube) falava que quando saía dali, que era como se ela tirasse um peso das costas. Dela poder falar comigo. Ela desabafava mesmo, sentia segurança em poder falar ali comigo.

Parece claro para ele que quem está com problemas precisa ser amparado e escutado por profissionais capacitados que possam estabelecer relações de confiança.

4.2. Joana: o posicionamento crítico frente à Medicina

Joana é aluna do quinto ano do curso de Medicina realiza atividades de formação no hospital; tem 23 anos, é solteira e reside em Ribeirão Preto desde o início da sua graduação.

Quando solicitei a entrevista, aceitou prontamente, inclusive ofereceu para que esta fosse realizada em sua casa. Já nos conhecíamos previamente por termos sido vizinhas de apartamento durante o período de minha graduação. Joana tinha conhecimento de meus trabalhos anteriores na área de Psicologia e Saúde e de minhas atividades atuais com o Grupo de Estudos para Atenção à Vítimas de Violência Doméstica e Agressão Sexual, do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP.

No decorrer da entrevista, parecia interessada em conversar sobre a temática. Durante a sua graduação, Joana participou ativamente de debates nos órgãos representativos estudantis. Demonstrou muita sensibilidade frente aos usuários do Serviço Público de Saúde e mobilizou-se com as precárias condições de vida da população. Apresentou também uma reflexão crítica frente às questões de gênero e aos aspectos sócio-políticos do atendimento médico.

Pude perceber que o discurso de Joana, no cotidiano do curso e de sua atuação, estava permeado por experiências de vida e um posicionamento crítico frente à Medicina.

A formação da Medicina e suas implicações no cotidiano do profissional

Joana articulou uma interessante discussão sobre as falhas que ela percebe na formação em Medicina e apontou algumas conseqüências da ausência de discussão sobre gênero e aspectos sócio-culturais e políticos na atuação de alguns profissionais

e mesmo no hospital, onde a discussão acerca da situação psico-social da paciente está ausente e os cuidados restringem-se ao corpo.

Na percepção de Joana, a Medicina focaliza o paciente e sua doença, ignorando os fatores emocionais associados a ela. Esse aspecto pode estar relacionado, segundo ela, à estrutura curricular que inclui de maneira superficial os aspectos psicológicos, psiquiátricos, sociológicos e antropológicos.

Esse argumento encontra eco na discussão de Aragaki (2001) sobre racionalidades medicas:

> (...) toda Medicina complexa engloba um sistema de diagnóstico, uma morfologia humana, uma dinâmica vital, uma doutrina e um sistema terapêutico; todos embasados em uma cosmologia. O modelo médico hegemônico no Ocidente, ao que tudo indica, parece ter abandonado as bases humanistas, priorizando concepções organicistas e mecanicistas. (Luz , apud Aragaki, 2001).

Aragaki prossegue afirmando que o campo de estudo e de atuação da Medicina no Ocidente, está delimitado a um modelo de normalidade e de patologia, de saúde e de doença, que inclui formas de tratar o sofrimento diagnosticado *cientificamente*, restituindo o que é considerado saudável do ponto de vista do médio.

Quando Joana descreve o tratamento oferecido percebemos que este está permeado dos conceitos morais dos discentes e docentes da faculdade; as expectativas sobre a mulher parecem ser orientadas a partir das experiências de vida de cada um e muitas vezes na interação do atendimento se concretizam formas de opressão e violência contra a mulher. Outras vezes os profissionais assumem uma postura que utiliza o *poder do saber*, o lugar de legitimação institucional do saber como um modo de relacionar-se com os clientes, ignorando o saber das pessoas usuárias dos serviços de saúde públicos.

É possível perceber essa postura em alguns dos exemplos de Joana. Ela nos conta que as mães que são percebidas pelos médicos como difíceis, pouco colaboradoras ou ausentes, são apelidadas de *tigronas* :

> J: Tem a *tigrona*, que a gente chama: que teve o filho e não sabe nem para quê, nem onde...

A violência simbólica[6] parece estar presente nas conversas cotidianas dos profissionais de saúde com os pacientes, nas quais estes impõe seus valores aos clientes. Joana comenta acerca da incompreensão e da distância social e emocional entre os profissionais e suas pacientes. Ilustra com o caso da mulher que ainda não havia escolhido o nome do bebê recém-nascido e, na visita médica, o docente indaga com humor se ela passou os nove meses sem saber se era homem ou mulher. Ela responde, com expressão de sofrimento, que era o pai que iria escolher o nome. Todos sabiam que o pai da criança havia sido preso um dia antes do filho nascer.

> J: E essa semana teve uma que o marido, o pai da criança tinha sido preso um dia antes dela ter a criança... e a gente chegou para ver o bebê, ele começou a chorar.
>
> A outra, do lado, fingiu que não acordou. Estávamos em doze estudantes de medicina, mais o professor, mais três residentes de medicina, mais enfermeira; tudo no quarto, e o neném começou a chorar e ela fingiu que não viu.
>
> Quando chegou o professor ele sempre chega do mesmo jeito: 'e aí mãe, você é fulana de tal, esse é o campeão? Como é o nome dele?'
>
> E ela respondeu que não tinha nome. Ele insistiu para saber se tinha passado os nove meses achando que era menina, por isso que não escolheu o nome. Mas aí ela disse que não: 'a gente ainda não escolheu o nome, quem vai escolher é o pai'
>
> E ele continuou a perguntar, mas ela não respondia. Você via que a mulher estava em pânico. Eu estava sentada ao lado dela, e você via... sabe quando a mulher .... quando a mulher está em pane.... sabe assim, quando você olha para ela e é uma pessoa curvada, assustada, não olha no seu olho... uma coisa corporal uma expressão corporal (a expressão corporal dizia) uma expressão oprimida...

[6]A violência simbólica segundo Bourdieu (1998): "se institui por intermédio da adesão que o dominado não pode deixar de conceber ao dominador (portanto, à dominação), uma vez que ele não dispõe para pensá-la ou para si pensar, ou melhor, para pensar sua relação com ele, mais que de instrumentos de conhecimento que ambos têm em comum e que, não sendo mais do que a forma incorporada da relação de dominação, mostram esta relação como natural; ou, em outros termos, que os esquemas que ele mobiliza para se perceber e se avaliar ou para perceber e avaliar o dominador são produtos da incorporação de classificações, assim naturalizadas, das quais seu ser social é o produto.'(p.47).

Fica claro também, no discurso desta mãe, que há uma naturalização do lugar do pai como sendo aquele que decide, por exemplo, o nome. Esse lugar dado ao homem pela mulher faz parte da relação afetiva do casal, mas isso também pode sugerir uma subordinação da mulher. Dessa forma podemos pensar que a relação que apresenta a subordinação e a opressão da mulher pode ser remetida aos aspectos sócio-históricos, onde ela ocupa um lugar inferior e é impedida de tomar decisões sobre a sua vida e a de seus filhos. Às vezes essa concepção está muito arraigada na percepção da mulher acerca de si mesma.

Joana faz uma critica contundente às prioridades da Medicina e de seus profissionais em nossos dias e parece se revoltar com a preocupação dos médicos com os possíveis reconhecimentos institucionais, como ser nomeado hospital amigo da criança, ao invés de gerar prioridades políticas que discutam as dificuldades sociais de suas usuárias e as implicações das circunstâncias sociais na saúde.

> J: Entendeu, e isso é muito complicado (visão da Medicina), porque você fica muito organicista. Sabe, então por exemplo, a mãe está com um problema social na enfermaria, entendeu... a minha maior preocupação é se ela vai dar de mamar para a criança. Porque aí a gente vai ganhar um prêmio no final do ano, que é o hospital amigo da criança... Amigo da criança em que termos né?

Ela sugere que é preciso cuidar da saúde da mãe, pensar nas condições que ela tem para criar a criança, para conseguir proporcionar à criança relações saudáveis . Quanto ao acompanhamento de casos de violência sexual, Joana relata a ausência de orientações teóricas e de discussões durante a formação. Na sua experiência de atendimentos na Ginecologia-Obstetrícia considera que os procedimentos utilizados, às vezes chegam a ser tão invasivos e agressivos que acabam provocando um tipo de atendimento que vitimiza.

Joana demonstrou durante a entrevista ser uma pessoa sensível tanto em relação à dor do outro como às questões sociais, psicológicas e institucionais que estão sempre presentes nas diversas enfermarias e na Ginecologia-Obstetrícia. Essa posição fica evidente quando ela discute o sofrimento que vivencia ao presenciar os

médicos, que também são homens, tratando a mulher como apenas um corpo. Parece implícito na fala dela que acredita que as questões de gênero permeiam e muitas vezes também determinam essa *indiferença* pela pessoa da mulher.

> ‣J: Porque o hospital é parâmetro né... eu conheci alguns serviços em X (cidade de sua família) por ocasião de alguns familiares internados... Você vê que assim a estrutura deles é muito inferior,... e aí você pode pensar, dentro disso, ...esse tipo de comportamento como é que não é... E você dá plantão, e vai dar entrada, uma paciente que está grávida, e você tem que fazer um toque. E vai lá, faz um toque. Tu diz pra um amigo seu, que deu tantos centímetros de dilatação. E, e ele vai lá e faz outro toque... e aí vem o residente correndo no corredor e diz: 'Ah, eu sou o Dr. Fulano, e não sei o que, e ... ah, mãezinha, eu vou fazer um toque tá bom...' E vai lá e toca de novo ... Você olha ela, ela tá assim, branca, lívida... assim, e tá a irmã do lado, chorando assim, escondida... Sabe...e você que é mulher... porque tem isso também, são homens!!! Nessa ocasião que eu tava com oito homens na sala o residente era homem.... o responsável pelo atendimento daquela mulher era homem.

De acordo com esse depoimento, o que parece ocorrer é uma inversão de posições – o médico que supostamente é quem iria cuidar dessa mulher e ajuda-la-ia a ter seu filho, passa a ser alguém que não respeita as suas dores, a sua privacidade, e que prioriza a *rapidez* em detrimento do *tratamento correto* que ele aprendeu. Esta questão fica evidente na seguinte fala:

> ‣J: (...) você tá fazendo o parto e o residente deixa a pinça aberta que é para você parir mais rápido... e suas dores são assim (gesticula mostrando dor).
>
> Porque o certo é assim, você coloca quatro gotas, dá meia hora, se a dinâmica não melhorar (!) ...você aumenta para oito, se a dinâmica não melhorar (!) você aumenta para doze...aí o residente tá lá, ele vai ter que ficar até às sete da manhã de qualquer jeito, entendeu... é meia noite, ele ainda tem seis, cinco horas para evoluir aquele parto, mas ele quer dormir... você tá entendendo... e aí, a gente tem que ver o lado do residente também, que é sobrecarregado, que ganha pouco... que a Obstetrícia não é valorizada, porque hoje quem faz Obstetrícia, hoje, são na verdade, são os residentes de Ginecologia. Porque juntou a Ginecologia e a Obstetrícia, então como identidade a Obstetrícia perdeu... então é 'pinça aberta' !

Joana se identifica com o sofrimento das pacientes no momento do parto e discute a insensibilidade do Sistema de Saúde. Ela traz à tona a discussão acerca da violência institucional e da naturalização da violência nos procedimentos médicos. Apesar de todas as conquistas das mulheres ao longo dos anos, elas continuam sendo tratadas apenas como

corpos pelos médicos. Resta-nos perguntar quais as possibilidades reais de estabelecer um vínculo de confiança com os profissionais de saúde com o Sistema de Saúde?

Discutir na graduação de Medicina noções de gênero, direitos reprodutivos e humanos é fundamental para nortear os posicionamentos e as práticas dos futuros profissionais. O distanciamento da academia das questões políticas e sociais tem apresentado ações descoladas da realidade brasileira, como mostram as falas dos gestores de saúde frente às dificuldades e morosidades nas implantações de Políticas de Saúde, principalmente na área temática de Saúde da Mulher.

Podemos citar, como exemplo, a discussão sobre a realização de interrupção da gravidez em casos de violência sexual no serviço público. Apesar de muitas vezes o local dispor de recursos para tal, existe a negativa do ginecologista em realizá-la. Assim, uma conquista histórica das mulheres, adquirida com o esforço das organizações de mulheres e do movimento feminista, fica anulada frente às questões morais que permeiam a prática do médico e são legitimadas pelo Conselho de Medicina, que resguarda o direito da não-realização da interrupção da gravidez.

Joana aponta uma contradição da Medicina em nossos dias que é normalizar o que é comum, ou seja, o que é comum ocorrer passa a ser visto como normal.

A questão do normal tem sido foco de muitas discussões no campo da Medicina. Canguilhen (1995) aponta que a Medicina entende a doença a partir de dois aspectos: como uma luta do ser humano contra um ser estranho que acomete seu organismo, ou como uma luta de forças internas que tentam restaurar o equilíbrio, considerando este um sinônimo de saúde. Ele prossegue discutindo a impossibilidade de impor limites rígidos entre o normal e o patológico.

> Se o normal (biológico) não tem a rigidez de um determinativo para todos os indivíduos da mesma espécie e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais, é claro que o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso (1995: 145)

Mas aqui a situação torna-se mais complexa já que é necessário estender os critérios de normalidade para fatos comuns. Como Joana exemplifica com a

desnutrição, a normalização cumpre a função social de silenciar, ou seja, o que é normal não precisa ser discutido, tratado ou transformado.

> ‣ J: Porque você vê muito isso na Medicina... 'o que é comum é normal'... nem sempre o que é comum é normal, caramba!
>
> Como é que você vai chegar para um paciente que está sentindo dor, para uma paciente que acabou de fazer cirurgia e dizer que sentir dor é normal. Não, não é normal; sentir dor não é normal.... você vai falar para ele assim, 'olha é comum quando você faz uma cirurgia... tem que ter um pouco de paciência, porque cirurgia é assim, mesmo, incomoda'... Mas não você vai chegar para ele e dizer assim; 'é normal, você fez uma cirurgia!'.
>
> Então é normal na nossa sociedade você ter uma mãe desnutrida. Na Maternidade você vê muito. Dentro da Maternidade, mãe com quinze anos, e mãe violentada né, é muito comum... Então vira normal, não precisa falar no assunto; aí vira aquele pacto de silêncio. Assim... eu vejo assim...

A normalização da dor, a naturalização da violência são aspectos da área da saúde que precisam ser destacadas. Qual o posicionamento do sistema de saúde frente aos direitos humanos? É possível falar em promoção de saúde plena e cidadania num lugar que ignora as conseqüências de sua prática de exclusão e opressão?

Sentindo na pele – vivenciando as dificuldades da mulher

Joana se mostra mobilizada com os lugares que as mulheres ocupam dentro do sistema de saúde, seja como usuárias, seja como profissionais. Na continuação do relato do caso anterior, ela sente que a falta de sensibilidade dos profissionais para com as mulheres aparece também no que se refere às alunas. Primeiro, relata a dificuldade dos profissionais em entrar em contato com o sofrimento do outro, do déficit que fica na formação, do olhar mais atento para as questões sociais que também fazem a mulher adoecer:

> ‣ J: Minhas amigas, que não são aquelas meninas quadradas no modo de ver as coisas. ...que eu comecei a falar. Aí eu perguntei: 'e aquela paciente porque, ela chorou?'. 'Joana a gente acha que é por causa do marido... ela não falou nada...'

> Uns dois dias depois... você vê como é também, a gente não se fala entre a gente. As meninas eram minhas amigas inclusive, mas eu não me senti muito ... sei lá, não me senti muito...
>
> Então sabe aquela coisa assim, todo mundo teve a mesma impressão, ficou muito na cara. Eu duvido que o professor com a experiência dele não tenha percebido, entendeu..

Joana ressalta ainda a cultura paternalista que privilegia o lugar e o poder dos homens, sugerindo que esta também existe e se reproduz dentro da faculdade e do contexto hospitalar:

> J: Aí você pensa Claudia, eu numa sala com duas mulheres, uma paciente e uma acompanhante, um residente e um colega de turma, vivendo essa situação. Isso me atinge, como estudante, como futura profissional de saúde e como mulher... Ah, essa história que dentro do curso medico quase metade dos estudantes são mulheres. Ah, isso é lorota... o preconceito existe! Eu perdi estágio para um colega de turma porque eu sou mulher; então existe... então você imagina, é revoltante....

Parece que há um pacto de silêncio entre os profissionais de saúde. Não é possível atribuir isso somente à falta de discussão dos profissionais sobre as questões políticas e sociais na saúde, uma vez que estão inseridos em uma rede onde as instituições e suas políticas no dia-a-dia não permitem relações horizontais de gênero. Como irão, então, permitir uma ampla discussão sobre violência contra a mulher? Como será possível oferecer a todos um tratamento humanizado e integral?

4.3. Márcia: da necessidade de vínculos para uma melhor escuta

Márcia é psicóloga formada há mais de sete anos e está atuando na área da saúde desde o término de sua graduação. Foi indicada por quatro profissionais da área de Ginecologia como uma pessoa muito adequada para falar sobre o assunto de violência. Conquistou essa reputação a partir de sua atuação profissional e ao bom envolvimento que apresenta com a equipe durante os atendimentos de mulheres vítimas de violência sexual.

Ao conhecer Márcia expliquei-lhe sobre a pesquisa e a convidei para participar das entrevistas, o que aceitou prontamente; marcamos então o encontro. Na data marcada ela me aguardava numa sala privativa, onde por um longo tempo conversamos – antes e depois da entrevista - sobre nossas experiências profissionais e a situação dos atendimentos no hospital.

Durante a entrevista Márcia demonstrou estar muito envolvida com a questão da humanização dos atendimentos às mulheres em situação de violência e sensível no tocante à exclusão social de usuários do sistema público de saúde. Apresentou também uma postura crítica e politizada frente às intervenções hospitalares e à precária formação do profissional da área de saúde.

A violência institucional: as dificuldades de escutar as mulheres

Márcia identificou como principal problemática nos atendimentos à mulher vítima de violência a falta de estrutura institucional. Isso abrange o déficit de treinamento e de capacitação para os funcionários de todas as categorias, desde o porteiro até o médico, e a inadequada disposição do ambiente que não proporciona um local acolhedor.

A descrição que Márcia faz dos procedimentos no atendimento à mulher retratam novamente a violência institucional já descrita, na entrevista de Joana, que é a violência que não deixa marcas aparentes e utiliza o poder da instituição para

oprimir a mulher. Contou que a mulher acaba relatando por diversas vezes a situação constrangedora da violência de que é vítima para diferentes profissionais como parte dos procedimentos de rotina de anamnese.

Para ela, as dificuldades dos profissionais de saúde em lidar com os casos de violência contra a mulher muitas vezes gera outro tipo de violência.

> ‣ E: Márcia, eu gostaria que você me contasse dentro da sua experiência profissional como você percebe a questão da violência contra a mulher e a saúde?
>
> ‣ M: Hoje em dia eu tenho percebido que esse tipo de atendimento tem diminuído muito; não tem chegado mulheres vítimas de violência.
>
> Mas eu já cheguei a atender mulheres violentadas e que vem direto para cá... e aí, Claudia o que vejo é assim. Eu tenho uma postura meio crítica. Acho que o hospital não está preparado para receber essas mulheres; às vezes eu tenho a sensação de que as mulheres são violentadas novamente.
>
> Então, às vezes a instituição tem pouca condição de continência, de acolhimento. Eu vejo que essas mulheres, elas ficam expostas de novo: chegam, tem que contar a história para um, depois conta pra outro, às vezes até o psicólogo violenta, às vezes.... Porque vem o médico elas contam, assistente social conta tudo de novo e depois para a psicóloga e aí também desde a porta de entrada até o atendimento é complicado
>
> ‣ M: (...) porque às vezes, aqui na entrada, as pessoas ficam sabendo que é vítima de violência, aí elas já são apontadas, desde o momento que chegam...'ah foi estuprada...' ou 'ah, apanhou do marido'...quando não é só violência sexual. E então eu acho que assim, aqui na Emergência por mais que a gente tente, a gente faz um esforço para acolher essas pessoas, mas a gente não tem uma equipe que seja especializada para lidar com isso... eu tenho mesmo muita preocupação com essas mulheres.

Podemos notar na fala acima que a violência doméstica, quando exposta e identificada dentro do hospital, causa nos profissionais uma reação incomum; eles acabam muitas vezes discriminando a mulher e lidando com o fato como se fosse algo completamente novo. As pessoas não estão preparadas para a escuta e o atendimento deste tipo de demanda, e isso, em parte, está associado à invisibilidade desta violência, conforme já discuti.

A inadequação de atendimento também aparece no relato de Márcia quando ela discute a violência sexual. Nos casos em que a vítima é criança, a mobilização é de indignação e acolhimento. Mas, com as mulheres adultas e principalmente com as profissionais do sexo, a reação é às vezes de muita culpabilização da mulher, repulsa e até mesmo discriminação e ofensa. É importante ressaltar que a violência institucional contra as mulheres é cometida por profissionais de ambos os sexos:

> ‣ E: E como é a reação dos profissionais nestes casos (de violência)?
>
> ‣ M: Olha, a gente percebe que mobiliza mais quando é situação de criança; às vezes solicitam a gente, ficam mais ...indignadas não se conformam. Mas com adulto a situação é diferente, tem pessoas (profissionais do hospital), eu vejo que tem pessoas, a maioria ficam assim; 'ah o que estava fazendo na rua essa hora... porque estava usando essa roupa, será que ela não provocou?' Isso é muito comum, muito mesmo.
>
> ‣ E: Profissionais homens e mulheres ?
>
> ‣ M: Entre homens e mulheres. Acho que, que gera muita angústia, mas a reação é muito mais de ataque a essa pessoa que tá chegando, do que de reflexão, como, ah, como vai ficar essa pessoa agora, como vai ser a vida depois disso. Mas não passa para a reflexão não, já vai para o ataque, já vi muito isso. Como aqui na X (avenida próxima ao hospital) é ponto de prostituição, já chegaram muitas prostitutas vítimas de violência. Aí é pior, pior coisa... porque aí elas são vítimas mesmo: 'ah prostituta mesmo, não tem nem que vir aqui receber atendimento, está nessa vida porque quer, sem vergonha...'desconsidera assim, não consegue ver, só consegue ver a profissão da pessoa, desconsidera todo o aspecto mais humano mesmo da coisa. É difícil.

Como já discutido na entrevista de Joana, a falta de discussão acerca de questões de gênero dentro do contexto de atenção à saúde reproduz uma prática cruel contra as mulheres uma vez que as noções sobre o feminino estão calcadas numa forte ideologia patriarcal, na qual se valoriza o poder do homem em detrimento dos direitos das mulheres. As prostitutas são acusadas como descumpridoras da boa moral e portanto, ser vítima de violência sexual é um castigo, uma punição que se configura também no precário atendimento e na humilhação.

Para Márcia, perceber-se integrante de uma equipe que apresenta esse tipo de postura aparece como um conflito pessoal, pois se nota que a sua posição frente às pacientes é antes de tudo de a tratá-las como seres humano, merecedoras de dignidade e respeito.

Os diferentes posicionamentos dos profissionais, a falta de capacitação específica e a ausência de suporte emocional à equipe, são fatores que muitas vezes vão refletir e contribuir nas formas de opressão e humilhação. É exemplo disso o atendimento a uma mulher que havia sofrido violência sexual. A equipe de Psicologia ficou um longo período preparando a paciente emocionalmente para a realização do exame ginecológico, uma vez que a mulher estava se negando à realização do atendimento. Após todo o esforço da psicóloga, Márcia conta que a médica em pouco tempo perdeu a paciência e foi dura com a mulher:

> M: Até assim, a gente, você vê que nós não temos preparo nenhum. Você vai aprendendo de olhos fechados, na prática mesmo, e é assim com todos os profissionais que estão aqui... elas são atendidas muitas vezes por residentes que têm mil coisas para fazer... Por exemplo, eu atendi uma vez um caso que a pessoa tinha sido violentada e tinha um ferimento importante na região vaginal, e a princípio ela não queria receber atendimento. Ela veio até aqui, mas ela não queria ser cuidada. E até essa mulher aceitar receber o atendimento a gente teve assim um trabalho exaustivo... Mas, por exemplo, a médica que estava atendendo perdeu a paciência, disse assim: 'se você não quer, problema seu, você que vai ficar infectada, você que vai ficar doente, você pode até morrer... problema seu, eu não vou te atender mais' e assim, tira as luvas, joga-as e sai... e não tem mesmo preparo nenhum, e aí de novo foi uma violência, porque foi uma situação muito agressiva para ela. A equipe não estava tendo condições de esperar a condição emocional dela.

Para Márcia, a humanização do atendimento também está ausente, não há sensibilidade nem percepção das conseqüências que essa violência deixará na vida da mulher.

Márcia enfatiza a necessidade de priorizar o atendimento integral com olhar psico-social, e de esclarecer que os cuidados oferecidos à mulher não são responsabilidade somente da área da Psicologia ou Psiquiatria, mas de todos os

setores, que podem alcançar resultados satisfatórios se oferecerem escuta e acolhimento. Porém essa é uma visão pouco comum no ambiente hospitalar, com forte resistência para abordar o assunto. Quando identificados os casos de violência, são acionados os setores de Psicologia e/ou Assistência Social.

> E: você recebe solicitação de casos de outras especialidades que não seja da GO (Ginecologia/Obstetrícia), onde durante a internação são identificados casos de violência?
>
> > M: Tem sim. E as pessoas ficam muito mobilizadas, assim, quando identificam essa situação de violência doméstica sempre chamam (Serviço de Psicologia). Geralmente é o enfermeiro que faz essa identificação, porque fica mais junto do paciente por mais tempo, que conversa mais. Ou enfermeiro ou assistente social, mas maioria são enfermeiros, e aí eles chamam, tanto a gente da Psicologia como do Serviço Social, para a gente fazer assim uma abordagem mais individualizada. E às vezes, quando a gente vê que tem condições, a gente até chama a família para fazer um atendimento familiar. Mas já aconteceu muito. Porque aqui também a gente recebe muita tentativa de suicídios, muito assim. E aí já identifiquei em muitas tentativas que tem a questão da violência doméstica.
>
> Mas eu percebo que quando tem essa chamada para a gente atender, é criado um estigma da nossa área (Psicologia), que a gente vai dar conta, que temos mais instrumentos, quando na verdade eu penso, que eles também podem entrar nesse campo, eles podem atuar nessa questão.

Fica evidente no discurso de Márcia a posição privilegiada do enfermeiro e do auxiliar de enfermagem por causa da proximidade que eles têm com o cliente, possibilitando uma maior visibilidade para este tipo de violência. Isso sugere pensar que o tipo de atendimento oferecido permite que outros vínculos sejam estabelecidos dentro do serviço de saúde, como por exemplo, os de maior confiança e segurança.

O número de pacientes por profissionais de saúde nos Serviços de Saúde Públicos tem aumentado e os reflexos disso são as consultas rápidas e focadas em uma especialidade. Isso pode ser um complicador da questão da assistência integral, pois a pressa e a urgência de atender toda a demanda faz com que a qualidade do atendimento caia, deixando uma lacuna importante no tocante à prevenção e à promoção de saúde do usuário.

4.4. Jaime: da dificuldade de superar o reducionismo biologicista

Jaime é residente da Ginecologia-Obstetrícia; para a realização da entrevista, abordei-o no hospital durante seu turno de trabalho e expliquei sobre o projeto e as entrevistas. Ele concordou em realizá-la e agendamos para um intervalo de seu plantão noturno.

A entrevista aconteceu no Centro Cirúrgico da Ginecologia-Obstetrícia do hospital. Ele escolheu um local distante dos demais profissionais que ali estavam, porém, era um lugar de acesso a materiais como prontuários e exames, e por diversas vezes tivemos interrupções, ocasionando várias pausas na entrevista.

Jaime demonstrou ser uma pessoa mais reservada; falou pouco de si e, durante a entrevista, demonstrou cautela nas respostas. A entrevista foi gravada e o som foi bem prejudicado pelos ruídos ao redor.

A invisibilidade da violência contra a mulher no sistema de saúde

Um aspecto que chamou muito a atenção durante toda a pesquisa é que parece haver um consenso entre os profissionais de saúde de que a mulher não procura o Serviço de Saúde devido às vivências da violência, já que a primeira queixa explicitada muitas vezes não está diretamente relacionada aos seus problemas como vítima de violência. Jaime parece tomar essa proposição como verdadeira. A complicação que essa noção traz para o atendimento é que, como essa não é a queixa principal, se não for atendida não gera problemas, desde que a queixa principal seja atendida e tratada.

> ‣ E: Na sua experiência profissional como você percebe a questão da violência contra a mulher e a saúde?
>
> ‣ J: Na minha experiência, aqui no hospital, na maioria das vezes não chega diretamente para a gente casos de violência contra mulher. Às vezes, durante uma consulta, você acaba

> vendo algumas coisas e pergunta. Aí ela explicita. Mas dificilmente, fora isso, ela vai ao serviço para isso; não vem consultar para falar da violência.

Focalizando esta questão por outro ângulo, podemos questionar se a queixa explicitada não é um pretexto para falar de violência, já que durante a conversa a mulher dá pistas que permitem ao médico introduzir o assunto e quando questionada ela relata o seu sofrimento.

Por outro lado, na nossa sociedade nem sempre é fácil para as mulheres e os profissionais de saúde reconhecerem os problemas vividos pelas mulheres em situação de violência como sendo problemas de saúde .

> ‣ J: (...)Eu vejo assim... algumas pacientes, durante o pré-natal... você percebe mais uma fragilidade. Você percebe que tem uma mulher mais frágil, a gravidez deixa uma sensibilidade a mais... às vezes você percebe que ela não está bem, às vezes é com o companheiro. Eu costumo ver assim, ver se a mulher tá bem; nos exames, se está se mostrando meio triste....mais aí vai da sensibilidade de cada um.

Jaime contou de suas dificuldades de aprofundar a conversa quando a mulher é vítima de violência:

> ‣ J: (...) Aí ela explicita. Mas dificilmente fora isso ela vai ao serviço para isso; não vem consultar para falar da violência. E sinto que nós também ficamos num lugar difícil, não sabemos se a gente aprofunda ou não.

Essa parece não ser uma dificuldade só dele já que percebe que seus colegas de trabalho oscilam entre a indignação e a apatia:

> ‣ E: E como é a reação da equipe quando recebe um caso assim?
>
> ‣ J: Normalmente é de indignação... indignação; muitas vezes quando é o caso dessa violência sexual tem muita gente que fica apático, que não tem muita reação não...

De acordo com ele é a sensibilidade de cada um e a experiência cotidiana que irá instrumentalizar o profissional para lidar com as questões de violência. Ele afirma que a graduação em Medicina não prepara os alunos para lidar com situações de violência, apenas na Ginecologia é possível aprender um pouco acerca dessas questões.

> ‣ E: Nestes casos, como é feita a preparação para o atendimento?

‣J: A gente aprende atendendo; a preparação é a prática mesmo...Acho que é ao longo da experiência mesmo que a gente aprende a atender.. (casos de violência sexual) geralmente não tem um preparo mesmo para lidar com essa situação, para abordagem assim, você que cria.

Essa parte de violência. Especificamente de violência contra mulher, quase não é abordado né, na graduação. É uma coisa que a gente vai ver mais mesmo no contato do dia-a-dia, na fase do internato, que a gente vai passar pelos estágios, principalmente na Ginecologia. Nas outras áreas dificilmente a gente vê...

‣E: Você acha que a violência contra mulher está mais freqüente no ambiente da GO?

‣J: É que assim, é pela porta da GO, na Emergência que entram os casos de violência, e depois a gente atende aqui, no ambulatório ... é um fluxo (inaudível)... no caso da violência sexual tem todo o protocolo que a equipe aplica... vai sendo acompanhando...

‣E: Os atendimentos são feitos por quem?

‣J: No acolhimento, nessa primeira entrada lá (Emergência), geralmente tem os alunos, ou são só alunos de uma residência específica...Normalmente é assim, na Emergência tem R1 e R2 (residentes do primeiro e segundo ano) e durante o dia tem o sexto anista, doutorandos e quinto anista à noite. E aqui geralmente (Centro Cirúrgico da Obstetrícia) o atendimento é feito normalmente por residentes. Tem também o pessoal da Psicologia e Serviço Social; eles dão o atendimento psico-social.

A especialização da Medicina parece levar a limitações nas discussões teóricas e práticas no campo do atendimento. No discurso de Jaime, parece evidente que só os ginecologistas vão aprender a lidar com questões de violência contra a mulher. Mas nós todos sabemos que os médicos em qualquer especialidade podem vir a atender uma mulher que sofre com a violência. Parece que essa noção de que a violência contra a mulher deve ser tratada por ginecologistas está associada à redução da mulher a seus órgãos genitais e reprodutivos.

A visibilidade dos protocolos

Durante o processo de pesquisa foi possível perceber que para os profissionais de saúde com quem conversamos é muito mais fácil falar de casos de abuso sexual do que de violência doméstica cometida pelo companheiro ou marido.

Podemos pensar que uma das razões para isto é a existência do Protocolo de Atendimento às Vítimas de Abuso e/ou Agressão Sexual do Ministério da Saúde que estabelece claramente os passos a serem seguidos, desde a entrevista inicial até o momento da alta, estabelecendo *de fora* o que os profissionais devem fazer. Esse conjunto de regras, de certa forma, aplaca a angústia associada ao tratamento desses casos. Além disso, há uma obrigação legal de seguir os procedimentos estabelecidos. Assim a Política de Saúde implantada para resolver o problema possibilita a sua visibilidade e discussão. Ouvimos várias histórias detalhadas: desde a entrada no serviço de saúde da mulher que sofreu violência sexual, incluindo seu percurso institucional, e até seu estado emocional.

> ‣ J: (...) a agressão sexual, os casos de abusos sexuais que a gente vê... que a vítima vem pela Emergência. Isso a gente recebe, porque o hospital é referência no atendimento. Então, normalmente a gente faz todas as profilaxias para as DSTs, algumas sorologias, várias vacinas necessárias (inaudível) vacinas para hepatite B. Depois o seguimento...o seguimento.....é, é feito no ambulatório específico da GO (ginecologia-obstetrícia) de moléstias infecciosas.
>
> ‣ E: E como chegam essas mulheres?
>
> ‣ J: Normalmente elas (mulheres que passaram por agressão sexual) chegam assim, bem perdidas! Extremamente! Muito apavoradas. Com medo. Até mesmo, quando o atendimento é feito por homens, elas ficam bem receosas.

Resta-nos questionar se as Políticas Públicas no campo da violência contra a mulher são suficientes para dar visibilidade ao problema. Se não, como faremos?

4.5. Luciana: do desgaste profissional que clama por cuidados

Luciana é assistente social e trabalha há mais ou menos quatro anos no hospital. Esta é sua primeira função no Sistema de Saúde Público, pois anteriormente havia trabalhado em outros setores. É casada e tem uma filha em idade pré-escolar.

Ao conhecê-la, apresentei o objetivo do projeto e indaguei se ela gostaria de participar como entrevistada. Ela consultou a coordenadora do Serviço Social e após a autorização, iniciamos. A entrevista foi realizada dentro de uma sala, no posto de serviço, com privacidade e sem interrupções.

Luciana foi bastante comunicativa e descreveu sua atividade profissional como muito prazerosa. Mostrou ser uma profissional solidária com os pacientes, principalmente aqueles com menor poder aquisitivo. Disse que a miséria social em que se encontra grande parte dos usuários do serviço lhe causa muita tristeza e angústia

Considera que atualmente os valores familiares estão passando por alterações que refletem na postura dos adolescentes no mundo. Estes falam e tratam de coisas que na sua época infanto-juvenil eram tabus e mistérios.

O impacto emocional do abuso e da violência sexual

Luciana associou a violência contra a mulher com a agressão e o abuso sexual. Citou que, como o hospital é referência para este tipo de atendimento específico de violência sexual, recebe mulheres encaminhadas de diferentes locais, como delegacias e postos de saúde. Apesar desta legitimação institucional para o tratamento, avaliou que ainda há muitas coisas a serem melhoradas no tocante ao atendimento humanizado às vítimas de violência.

Relatou diferentes maneiras dos profissionais da equipe reagirem ao atendimento da mulher que sofreu violência e observou a falta de postura

profissional quando recebem mulheres vítimas de estupro. Luciana percebe a discriminação e a diferença com que a mulher é tratada dentro da instituição; o discurso dela coincide com os de outros profissionais que discutiram a violência institucional.

> ‣ E: E como você percebe a equipe nos atendimentos a estes casos ? (de violência sexual).
>
> ‣ L: A gente tem conversado muito sobre isso, porque não tem uma postura profissional; a gente nota uma certa discriminação.
>
> Normalmente a idéia o que as pessoas (funcionários do hospital) falam é bem assim (se referindo à vítima de violência sexual): 'olha esse povo facilita, olha a roupa que usa, olha o lugar que tava, olha o horário que tava... e usa droga' então as pessoas tratam mesmo diferente. É muito discriminado... o pessoal que recebe lá na porta não tem treinamento nenhum; não tem postura profissional nenhuma. E você percebe que o paciente chega muito envergonhado, deprimido... e ele é violentado novamente no hospital do jeito que é recebido.

Mais à frente, na entrevista, pontuou que a violência sexual sofrida por mulheres 'que não são profissionais do sexo' gera na equipe muita ansiedade, curiosidade e pena da pessoa. Pela identificação com a paciente, os profissionais da saúde se posicionam como possíveis vítimas deste risco; qualquer um pode ser abordado na rua e violentado. O inverso ocorre quando as profissionais do sexo solicitam assistência pós-agressão/abuso sexual; elas são desrespeitadas e humilhadas.

> ‣ E: Como estes casos (de violência sexual) são recebidos pela equipe?
>
> ‣ L: Na equipe eu percebo que esses casos geram muita curiosidade. As pessoas ficam com muita curiosidade, querem saber onde foi, quem foi, quando, porque isso gera muita ansiedade. Isso mobiliza muito, porque é uma ansiedade nossa também. O risco existe para todo mundo, com a violência que tem por aí; é um risco constante. Então a curiosidade é para saber do risco, o que aconteceu. E a reação é sempre 'nossa! coitada!' A sensação de dó, pena da pessoa. Se tem alguém da família junto.
>
> (...) Mas como é Emergência, não temos profissionais fixos, cada dia tem um residente, cada dia tem um enfermeiro, mas o

> comportamento não difere muito. Eu noto curiosidade e a sensação de dó, mesmo...Mas isso eles sempre perguntam para o profissional que está acompanhando a paciente, nunca diretamente para ela, sempre com muito respeito.

Quando indago a ocorrência de violência cometida por companheiro e/ou marido, ela responde que há incidência de graves violências que chegam até lá exatamente por necessitar de atendimento especializado. E nestes casos aconteceram agressões tanto dos homens como das mulheres por razões de traição conjugal:

> ‣ L: Já tivemos casos do marido jogar fogo na mulher, jogar álcool e incendiar a mulher, isso já chegou aqui. Já tivemos caso tanto do marido agredir a mulher como mulher agredir o marido. A gente já teve um caso de uma mulher que cortou o pênis do marido; já teve caso da mulher jogar água quente. Sempre por traição, sempre que se descobre um caso extraconjugal. Mas não tem muito... poderia até ver estatística para você, mas não chega muito.

Para Luciana os casos mais fáceis de identificar e intervir são os de agressões contra criança e adolescente, que estão sustentados sob o termo de responsabilidade do Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA, uma vez que se o profissional e a instituição se omitirem da identificação e notificação da violência, poderão ser penalizados por conivência

Desta maneira podemos perceber que a violência tem visibilidade dentro do setor saúde quando está pautada por protocolos, estatutos e urgências médicas:

> ‣ E: E existe uma demanda interna? De algum profissional identificar e solicitar o atendimento de vocês para a paciente ?
>
> ‣ L: Noto isso mais na pediatria, porque a criança é mais indefesa, e isso vem como uma denúncia do hospital...quando a criança apresenta hematomas, queimaduras de cigarros, ferros, espancamento mesmo. Teve um caso de uma paciente doente mental,que foi suspeitado abuso sexual e aí pediu, o psiquiatra pediu auxílio da Ginecologia, para avaliar se era mesmo. Mas aí, de novo, era violência sexual; não era violência doméstica. Acho que esses casos também são mais difíceis de identificar, e tem todo um tabu; é difícil para os profissionais entrarem nesse campo.
>
> ‣ E: Por quê?

‣ L: Olha eu acho que... que nem falei, se tem uma conseqüência mais explícita na saúde, aí você consegue tratar. Mas de outra forma é difícil entrar; você entender e identificar coisas familiares. Você não tem esse domínio muitas vezes, é complicado. Já teve um caso também de uma tentativa de suicídio onde o moço sofria muito, mas era porque ele já havia passado por violência, abuso dentro de casa, e naquela época do suicídio ele tava tendo desejos incontroláveis por crianças. Era caso de pedofilia, ele ficou muito incomodado e aí ele resolveu se matar.

Mas esses casos de suicídio se você fuçar você encontra mesmo caso de violência.

Mas na Pediatria você encontra mais lesões que a criança tem marca de queimaduras que você vê que é ponta de cigarro, marca roxa de tapas, fios de arames; aí está mais fácil de você identificar.

Mesmo não nomeando, Luciana retrata um outro tipo de violência presente no cotidiano da saúde, perpassada pela exclusão social e pela miséria que uma grande parcela da população usuária dos Serviços de Saúde Públicos está sujeita. Ela contou um caso que lhe mobilizou muito. Deu entrada no serviço como vítima da violência sexual, mas ao aprofundar o caso percebia-se que a violência social era diária:

‣ L: Um caso que me mobilizou muito, é um caso recente. Uma moça de 21 anos. Ela era garota de programa, tava no terceiro filho e grávida, ela achava que estava de seis meses, mas estava de sete. Ela supunha porque nem pré-natal ela havia feito. Era usuária de crack, e estava lá na avenida Brasil (avenida que é ponto de prostituição) e um cara ofereceu a ela droga; tinha uma pedra em casa. Ela foi até o local, chegou lá não tinha nada, ela falou que tinha muita droga, mas crack não tinha. Ela não usava outras drogas, ela queria o crack. E e aí ele agrediu fisicamente, bateu muito, estuprou e ela não teve como reagir porque disse que ele tinha uma arma e ela, sob ameaça, acabou cedendo não tinha como sair.

Ela bem magrinha, numa situação muito deprimente. O primeiro filho, o pai tinha levado para Presidente Prudente; o outro, a mãe que cria, e esse terceiro que ela não sabia dizer nem de quem era.

E assim, numa situação muito deprimente, se nota que é uma paciente muito debilitada, ela tava desnutrida, chorando muito.

> E ela dizia que queria muito largar da droga mas, chorando, ela dizia que não conseguia. Ela levantava pensando na pedra, ela dizia que ela não tinha mais solução, que ela se olhava no espelho e dizia assim, eu tô morrendo, eu vou morrer, eu sei que vou morrer.

A ocorrência de casos com tamanho grau de miséria e exposição parecem criar na equipe o sentimento de impotência e a repetição de desamparo, que se manifestam de diferentes maneiras: para uns como tristeza e comoção, para outros como defesa e afastamento. A capacitação e a disponibilidade para realizar atendimentos complexos, como os casos onde a violência é marcante, é um fator de relevância para a avaliação da equipe, uma vez que a promoção de saúde deve ser pensada na dialogia profissional-usuário. Para conseguir cuidar, o profissional também precisa ser *cuidado* por meio de supervisões e grupos de reflexão, a fim de ter uma *válvula de escape* ao estresse emocional.

Luciana ressalta, em diferentes momentos da entrevista, que sente o desgaste que estes atendimentos lhe trazem e fala dos meios utilizados para dar conta dessa carga:

> ‣ L: (...) olha é tanta barbaridade. Sabe que eu faço quando saio daqui? Eu deleto, porque se eu trouxer isso amanhã e amanhã eu tiver um caso desse, vai acumulando, e eu piro, eu não agüento.
>
> A gente fala. Toda vez que atendo vitimizado a gente sai sem energia nenhuma, o atendimento te suga de um jeito que você se arrebenta... você precisa de um grupo de terapia para nós. Porque às vezes, eu não sei para onde isso vai ter que vazar. E se você leva para fora, afeta sua vida lá fora, em família. Afeta mesmo sua vida, às vezes você sai e começa a ver tudo muito feio.

4.6. Aline: a mobilização afetiva capaz de gerar novas práticas

A entrevista com Aline foi agendada por telefone e aconteceu durante o intervalo de seus atendimentos no Centro Cirúrgico da Ginecologia-Obstetrícia no hospital. Escolhemos um corredor com pequena circulação de pessoas e ela aceitou prontamente a gravação. Antes de iniciarmos a entrevista trocamos pequenas informações sobre nossas atividades profissionais.

Aline está no primeiro ano de residência da Ginecologia-Obstetrícia.Disse ter pensado inicialmente na área cirúrgica, mas concluiu que estaria muito distante do paciente; devido às características da atuação do cirurgião, não teria a interação que desejava. Então resolveu pela Ginecologia-Obstetrícia, que proporciona um contato mais amplo com as pacientes.

Aline se mostrou colaborativa para participar da entrevista e à vontade para falar da temática, da formação e da instituição. Foi muito sensível ao tocar no assunto das mulheres em situação de violência. Pareceu estar envolvida com o trabalho e em busca do aprimoramento de sua prática.

Durante a entrevista tivemos pequenas pausas para a passagem de mães com seus bebês recém nascidos, acompanhadas das enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Porém essas pausas não foram prejudiciais ao diálogo.

A mobilização afetiva orientando novas práticas

O discurso de Aline é muito interessante. Ela traz à tona de novo as questões discutidas anteriormente sobre as deficiências da formação em Medicina e sobre o quanto o impacto emocional da violência sexual associada às dificuldades teóricas deixam os profissionais perdidos. Mas o que nos chamou mais a atenção foram as ações que ela assume no dia-a-dia. Parece que a mobilização afetiva a tem levado a desenvolver novas práticas.

Ela começa articulando uma teoria explicativa da violência baseada na vergonha. Aline acredita que as mulheres que sofrem qualquer tipo de violência não

procuram assistência nos Serviços de Saúde porque sentem vergonha. Ela acha que a pessoa sente incômodo ao relatar a situação que viveu em qualquer instância, gerando assim a subnotificação de casos de violência, tanto na Saúde como na área Policial e Jurídica.

Para ela existe falta de informações e discussões durante a formação do curso de Medicina para atender essa demanda, assim como é precário o suporte institucional ao profissional. O discurso sobre a formação parece muito com o de Joana, mas o que nos chamou a atenção foi o envolvimento de Aline com os casos e as dificuldades que percebe em si mesmo e nos profissionais para lidar com a violência sexual.

> A: Porque é pesado (o atendimento) ... sabe na sexta-feira eu atendi dois casos, e eram pessoas mais próximas; são realidades parecidas com a nossa. Então a gente se envolveu muito com o caso. Eu até peguei o número do meu telefone e falei, oh, tá aqui, se pegar o cara , liga pra mim avisando... me liga pra contar (diz emocionada).
>
> E: E foram duas no mesmo dia que você atendeu?
>
> A: Duas, na sexta passada. Me abala mesmo, fico assim com a cabeça pesada. Vou embora e o caso vai junto; fico pensando... a cabeça fica pensando. Não sei ... você pensa,que você também é mulher, que poderia estar acontecendo comigo... (Silêncio)

Frente à mulher fragilizada, esta profissional sente receio de que, com a sua intervenção, ela provoque maior sofrimento e incômodos. Esse receio pode ser analisado como um reflexo da ausência de discussão em torno da temática, descrito anteriormente. No caso de Aline ela se identifica com a dor da mulher; mobilizada afetivamente procura lhe poupar e maiores prejuízos:

> E: Quando você foi para seu primeiro atendimento você estava sentindo que estava pronta?
>
> A: Não!!! Nem agora... é aquele gelo. Quando ligam e avisam, doutora tem uma vitimizada... você fala e agora?
>
> (Rimos)
>
> A: E agora o que vou perguntar? Você fica falando para mulher, olha eu vou perguntar isso porque preciso saber para fazer a medicação...

A reação dos profissionais com as usuárias nem sempre percorre o caminho da compreensão e da solidariedade; parece que, para alguns, entrar em contato com o sofrimento do outro gera angústia, como relata Aline:

> A: ... é complicado, mas você não escuta falar, o pessoal falar. Porque na questão sexual mesmo, você percebe que é difícil;

> difícil para os dois lados. Tem profissional que às vezes você percebe que para entrar em contato precisa dar um distanciamento, fica mais frio para dar conta... e é assim, você escutar isso é difícil.

Novamente parece que o contato com estes sentimentos vai interferir na prática do profissional. Na sua atuação, e para a intervenção junto à mulher, surge a necessidade de oferecer um espaço onde eles possam relatar e trocar experiências sobre seus sentimentos em relação à questão da violência. Faz-se necessário um suporte emocional como instrumento para potencializar a qualidade dos atendimentos e cuidar do cuidador.

Na semana anterior à entrevista, Aline havia atendido dois casos de abuso/agressão sexual que a deixaram muito impactada. Ao contar o evento ela demonstrava que estava muito comovida, a ponto de assumir os dois casos para fazer atendimento exclusivo, intervenção incomum neste hospital. A profissional, mobilizada com o caso, percebeu a importância do acolhimento e da atenção posterior ao primeiro atendimento à mulher. Mas, de maneira geral, as condições instauradas na rotina médica impedem essa conduta. Estas observações nos levam a pensar que a mobilização afetiva pode levar a novas práticas no campo da saúde.

Quando Aline discute as formas como são oferecidos os atendimentos, ela identifica que, para atingir uma melhor adequação na abordagem, é necessário estabelecer um grau de confiança e proximidade com a paciente. Isso inclui o seguimento do caso por um único médico e um maior tempo para cada paciente, além da possibilidade de intervenções em outras áreas por meio da equipe multidisciplinar.

Na explicação de Aline percebemos, também, que a troca de profissionais a cada consulta provoca um prejuízo no vínculo de confiança da paciente com o profissional, além de, às vezes, aguçar a situação de sofrimento frente a cada nova repetição do ocorrido:

> ‣ E: Como você sente o suporte para os profissionais que atendem estes casos?
>
> ‣ A: Olha não existe, não temos nada. É complicado.
>
> Eu até falei para a X (assistente social) - elas têm um grupo com mulheres que passaram por violência - que qualquer dia eu vou lá, ver como elas fazem, como elas tratam. Vou lá assistir, porque a gente precisa ver como fica essa parte psicológica, de assistência social; você precisa entender.

‣ E: Você acha que esses atendimentos ficam segmentados dentro do serviço?

‣ A: Sim, a gente só vê a parte médica; depois que vem para o X (unidade do Hospital) a gente não acompanha. É uma característica do serviço. Porque a gente faz o atendimento lá na emergência e depois vem para cá, para o X e nem sempre é a gente que faz esse seguimento; não sabe o que aconteceu depois, o que aconteceu. Para mim está sendo diferente. Estes dois casos (de sexta), porque como é uma pessoa mais próxima, a gente nem passou pelo ambulatório. Eu que fiquei com o telefone dela, eu que liguei... vamos lá checar o exame...

Eu conversei com o Dr X. e eu vou seguir, vai ser diferente para mim...

‣ E: Essa idéia sua é legal...

‣ A: Eu tô tendo experiência aqui na consulta, que a paciente chega para mim e diz, 'doutora já contei isso na outra consulta, vou ter que contar tudo de novo?'

E você vai perguntar tudo de novo? É um sofrimento para a pessoa. Não tem necessidade, se fosse a mesma pessoa dando seguimento seria melhor. Acho que as meninas de sexta feira, vai ser muito bom. É que são diferentes, porque são do meio. Isso vai ser diferente. É claro que tem uma diferença por isso; a gente vê diferente. Mas acho que vai ser bom para elas.

Mais uma vez, a violência sexual foi identificada como a violência tratada dentro do hospital porque está respaldada pelo Protocolo de Atendimento as Vítimas de Abuso e Agressão Sexual, do Ministério da Saúde. O atendimento a esta violência parece ter sido incorporado à rotina hospitalar após a implantação do protocolo. Por demandar intervenções específicas, exige um posicionamento responsável do profissional, uma vez que o mesmo deverá, se solicitado, fornecer uma laudo pericial do caso, como já discutimos anteriormente.

Aline percebe que quando chegam mulheres, vítimas de violência sexual, elas são alvo de muitas curiosidades e especulações por parte de todos os funcionários do hospital. Isso na sua visão causa uma superexposição da mulher, concomitantemente indelicada e agressiva. Ela conta que a identificação da vítima de violência sexual no serviço é feita através de uma ficha rosa que, ao ser preenchida, torna-se alvo de curiosidade:

‣ E: E como você percebe a reação da equipe quando chega um caso assim?

‣ A: Eu acho que a gente não está muito preparado; para mim é um atendimento muito difícil. Não acho que estou preparada. Tenho muita dificuldade para abordar, como perguntar. Sabe, detalhes, se eu devo perguntar, se não vai ser pior para ela?!

Eu acho que a gente não está muito preparado. A equipe toda, aliás todos os profissionais da Emergência, desde a portaria, não estão preparados. Eu até estava comentando com o Dr. X. que paciente vitimizada vira uma atração.

A ficha rosa (ficha de cor diferenciada para casos de agressão sexual), se eu deixar ela lá em cima, todo mundo vai lá ler, fica comentando.. eu assim carrego a ficha comigo até o fim do plantão... não largo mesmo! (faz o gesto de levar em baixo do braço)

(Rimos)

‣A: Porque fica todo mundo curioso, ninguém sabe muito bem como lidar, mas todo mundo fica curioso para saber a história. O pessoal não está mesmo preparado.

Podemos notar na fala de Aline que há uma sensibilidade para com as mulheres evidenciada pelo modo como preserva a intimidade da paciente e na maneira como as trata durante o exame. Apesar de perceber o impacto que a situação causa em si própria, busca fazer os exames sem maiores sofrimentos à mulher.

A curiosidade dos funcionários pode ser considerada como uma forma de mobilização de afetos, onde se atualizam as angústias e ansiedades ao perceber que o sofrimento do outro foi causado por um terceiro. É também resultado da identificação pessoal com o risco, como Aline retrata ao falar de suas reações após o atendimento: que também ela é mulher e o fato poderia ter ocorrido com ela.

Quando falamos especificamente da violência doméstica, na qual a mulher é alvo de agressões do marido ou companheiro, a estrutura de atendimento novamente perpassa a questão dificultando sua visibilidade. Podemos pensar que a maneira como estão estruturados os Serviços de Saúde não oferece espaço para a abordagem integrada. Os atendimentos, curtos e superficiais, bloqueiam o canal de acesso ao cuidado da violência doméstica. Ao nos contar que a violência doméstica muitas vezes percorre os corredores do hospital sem ser notada, Aline nos mostra que com os procedimentos normais de investigação da violência nem sempre se encontram respostas completas; porém o vínculo de confiança e proximidade estabelecido pela equipe com a paciente possibilita, ao longo do atendimento, outras descobertas. Sua própria experiência revela tal situação:

‣E: E quando você está acompanhando outros tipos de atendimento na GO, você percebe, ou já recebeu outros casos de violência, como a doméstica, onde ocorre agressão/opressão do marido ou companheiro?

‣A: Tem, tem bastante. Eu até fiquei espantada na residência, porque você não tem noção. Você acha que é aquela coisa bonita de marido e mulher; você espera, você vê de fora... mas tem muitos maus tratos, mas é tudo abafado, eu acho.

> Não é dito. Ela está ali pra fazer aquilo mesmo e para ela aquilo não é como se fosse violência; ela não acha que é.
>
> ‣ E: E como você fica sabendo disso.
>
> ‣ A: Elas contam. Se você perguntar, é muito difícil elas contarem; mas você fica um tempo ali com ela e elas contam mesmo.

Esse silêncio da mulher na interação com o profissional nos leva a pensar que, no que tange à violência, há uma crença arraigada que esse assunto não é esfera da Saúde e, portanto, não precisa ser exposto na situação formal de atendimento. Acredita-se que isso faz parte do espaço privado da vida.

4.7. Carlos: da possibilidade de superar a mera relação técnica

Carlos é aluno do quinto ano de Medicina e estava, na época da entrevista, terminando o estágio na área da Ginecologia-Obstetrícia (GO). Nossa conversa aconteceu no Centro Cirúrgico da GO no hospital onde, após finalizar a conversa com a médica residente, lhe pedi auxílio na identificação de um aluno, que se dispusesse a ser entrevistado.Ela me apresentou um rapaz que, impossibilitado de conversar naquele momento, solicitou a Carlos que o fizesse. Ele concordou em fazer a entrevista naquele mesmo instante, uma vez que suas tarefas estavam tranqüilas.

Carlos, um tanto tímido no início da conversa, abordou as questões do atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. No final da entrevista aparentava estar mais à vontade e se mostrou surpreso com o tanto de informações que havia conseguido passar, uma vez que seu comentário no início era que pouca coisa poderia relatar dentro desta temática.

Ele contou que, a partir do quinto ano, começou a se sentir mais próximo dos pacientes e a realizar procedimentos e exames com mais segurança. Demonstrou sentir satisfação com a sua escolha profissional e também com o tipo de formação que tem recebido, ressaltando que se sente amparado pelas supervisões dos docentes. A entrevista foi breve, respeitando assim, a disponibilidade de Carlos de dialogar.

A relação médico-paciente: uma relação técnica

Para falar da violência contra a mulher e a saúde, Carlos lembrou inicialmente de dois casos nos quais assistiu os residentes realizarem o atendimento, sendo que havia ocorrido violência sexual em ambos. Ele não fez uma descrição mais longa dos casos porque enfatizou tê-los acompanhado rapidamente; apenas notou que o residente havia realizado os procedimentos estabelecidos pelo Protocolo com

segurança e eficácia. Neste momento Carlos parecia estar mais voltado para o caráter técnico do atendimento.

No início da entrevista a sua fala estava mais voltada para a estrutura de formação acadêmica mas, ao longo da conversa, circulou por aspectos emocionais, falando inclusive de suas próprias dificuldades.

> E: E nestes casos que se lembrou, como foi para você acompanhar o atendimento?
>
> C: Ah, apesar da situação diferente você precisa manter o máximo de imparcialidade, porque a pessoa tá sofrendo, passou por um estresse psicológico muito grande... não sei, acho que para quem tem experiência deve ser mais fácil, porque para gente é difícil ... por mais que você tente, porque a situação da mulher também é ruim, ela passou por uma coisa que ela não queria, por uma coisa que ela não desejava, que aconteceu abruptamente, que não tava preparada.
>
> E teoricamente não é uma questão de doença, ela não tem nenhum problema de saúde, se assim pode dizer, mas ela começa a se preocupar com uma série de problemas de saúde, que ela não teria que se preocupar antes disso: sorologia, doenças sexualmente transmissíveis...

Essa fala indica que ele parece estar pensando saúde dentro de uma concepção mais organicista onde só as doenças são questões de saúde.

Ao falarmos especificamente de violência doméstica, ele lembra do atendimento de um mulher que havia sido identificada como alvo de violência do marido, porém esse aspecto não estava sendo tratado pelos médicos. Lembra que as investigações eram feitas pela Psicologia e pelo Serviço Social, fazendo-nos pensar novamente que a Medicina prioriza a doença do corpo.

> E: E você lembra de outros casos, como de violência doméstica onde o marido ou companheiro da mulher era o agressor, você já chegou acompanhar?
>
> C: Eu vi um caso de uma senhora... uma senhora de 30 e poucos anos; ela tinha umas escoriações no braço. Mas já se sabia que era uma paciente que tinha problemas, inclusive ela se negava a procurar auxílio de polícia. E o marido era alcoólatra,

> às vezes batia nela, e ela chegava, neste dia ela estava fazendo seguimento na cirurgia vascular. Estava com problemas vasculares, e ela chegou cheia de machucados nos braços e ela não falava nada, mas se sabia que ela tinha problemas com o marido.
>
> ‣ E: Vocês não estavam investigando este fato?
>
> ‣ C: Não. Já tinha sido investigado, principalmente pelo pessoal da Psicologia, da Assistência Social. Já se falava em equipe, mas com os médicos ela não falava nada não.

Parece que o atendimento hospitalar acaba se constituindo de forma cindida, ignorando que esse profissional é um agente promotor de saúde, e para tal precisa compreender e contextualizar os problemas dos pacientes integralmente.

Essa visão pode ser passível de incorporação, porém precisa ser sustentada por discussões e reflexões frente à complexidade das relações sociais; pois nas relações que ocorre a violência crônica, perpassam uma diversidade de fatores que, observados à distância, geram incompreensão e às vezes estranhamento. Dessa forma se torna difícil abordar o que não se compreende.

> ‣ E: Para você, na sua percepção pessoal, o que você acha destes casos onde a mulher sofre violência do marido?
>
> ‣ C: É meio paradoxal a questão. Eu já vi casos no jornal, onde a primeira coisa que vem na nossa cabeça é isso né, por que a mulher continua? Mas eu acredito que tenha mesmo toda uma questão sócio-econômica que está aí... dos mais variados motivos, desde gostar da pessoa, até não poder largar porque ela que sustenta, ou porque tem algumas questões passadas que aconteceram com a pessoa, mas eu não sei, eu encaro com uma certa estranheza, uma coisa ilógica

É importante ressaltar que a inserção do debate multidisciplinar, nos cursos da área da saúde, irá possibilitar novas posturas nas atuações e intervenções dos profissionais. Em diferentes momentos nas entrevistas foi notado esta falta, seguida pela demanda do profissional:

> ‣ C: Olha acho que você até conseguiu tirar bastante informação, porque a gente não tem tanta experiência nessa área. Eu sei que tem porque o hospital é referência, tanto na emergência, então se tiver um caso desse muito provavelmente ele vai acabar triando e drenando para estes dois lugares...
>
> No geral ... acho que o médico apesar de ter uma função muito importante, às vezes ele tem assim um papel decisivo de pareceres, talvez seja mais importante um trabalho de equipe multidisciplinar que possa trabalhar com a pessoa a médio e

longo prazo, do que simplesmente o atendimento médico que é o que a gente se prepara, como se pensasse que a parte mais importante para o medico é a parte anterior do trabalho, é a preparação do profissional, de compreender o atendimento, não simplesmente a preparação técnica.

4.8. Bernadete: do respeito excessivo à vida privada.

Bernardete é auxiliar de enfermagem. Reside em Ribeirão Preto, onde cresceu, é solteira e vive sozinha. Trabalhou, no começo da carreira, em dois hospitais locais, um público e outro filantrópico, onde atendia em diversas áreas. Posteriormente, por 15 anos, atuou somente na enfermaria da Ginecologia-Obstetrícia do hospital público. Aposentou-se, ficando dois anos afastada para cuidar de sua mãe enferma. Após seu falecimento resolveu retornar para o hospital na parte da emergência, passando a trabalhar no setor de ginecologia.

Descreveu seu trabalho como fonte de muito prazer e uma ocupação ideal 'para quem é sozinha', pois lá no hospital tem muitos amigos e distrai a cabeça. Suas atividades fora do trabalho são voltadas à comunidade católica de seu bairro.

Por sua escolha a entrevista foi realizada no corredor da emergência no período de intervalo de trabalho. Houve algumas pausas por motivo de aproximação de pessoas – pacientes e colegas de trabalho.

No dia em que fui agendar a entrevista ela disse que poderia realizá-la naquele mesmo momento, mostrando-se muito prestativa e disponível para colaborar na pesquisa. Porém, durante a entrevista, mostrou-se bastante reservada e contida.

Antes de iniciarmos a entrevista ela me falou da sua rotina atual e de suas experiências anteriores. Fez algumas perguntas sobre mim e minha inserção na área da saúde. Contei do meu trabalho com questões referentes ao cuidado da mulher que sofreu violência. Neste momento ressaltei o caráter sigiloso da pesquisa e o comprometimento em não citar o nome dos entrevistados em qualquer instância interna.

Após o término da entrevista ela prolongou a conversa dificultando a despedida. Percebi então que o gravador a inibiu uma vez que, ao desligarmos, ela voltou ao tom inicial comunicativo.

A relação com a equipe de enfermagem: proximidade e confiança

Bernardete falou da violência contra a mulher no serviço de saúde e contou que na sua atuação dentro da Ginecologia-Obstetrícia os casos identificados de violência são os de agressão/abuso sexual.

A forma como estes atendimentos são realizados e recebidos pela equipe é muito marcantes no discurso de Bernardete. Pude notar que entrar em contato com a violência desperta uma forte mobilização de afetos na equipe, como já descrito em outras entrevistas.

> E: Como são estes casos (violência sexual)?
>
> B: ... então, o que acompanho...chega isso a violência sexual... aonde elas chegam muito abaladas, arrasadas. Ela (paciente) tava tão assustada que ela tava na sala (do hospital), lá no terceiro andar, esperando a médica, e quando eu abri a porta ela deu aquele susto. Ela tava sozinha... ela assustou. Nossa! Você vê o estado da pessoa, foi demais. Para você ter uma idéia até a médica chorou... aí veio a psicóloga conversou com ela.
>
> Olha, é muito difícil... é muito difícil ... difícil mesmo. Você percebe que tem uns colegas que ficam assim bem pesados mesmo, com maior indignação. Ficam bem pra baixo... a equipe toda. Nossa, tem caso que você vê na cara como baqueou... é duro né.

Desta forma ela nos conta que os atendimentos de violência geram diferentes tipos de reação tanto na mulher que viveu a situação quanto nos profissionais, sugerindo assim que os cuidados à saúde mental de ambos deve ser parte complementar do programa de atendimento

Ao indagar sobre a preparação dada aos profissionais para este tipo de intervenção, Bernardete citou o curso de preparação dentro da área da GO. Mas, mesmo tendo participado das orientações, descreve uma conduta referente a questões de segurança que não seria adequada no atendimento às mulheres que passaram por violência sexual. Disse que o delegado deve ser chamado, porém é de livre escolha e direito da mulher acionar a polícia e efetuar a queixa. É somente no caso de crianças e adolescentes que o profissional e a instituição são responsáveis pela notificação policial.

A efetivação da notificação policial não é um pré-requisto no atendimento hospitalar às mulheres adultas que sofreram abuso/agressão sexual. Procura-se orientá-las sobre seus direitos, mas não pressioná-las à realização deles; é grande o número de mulheres, que por medo do agressor ou temor à exposição pública de sua situação, decide não dar procedimento policial.

> ‣ E: Você contou como vê a reação dos profissionais que atendem. Existe uma preparação para os atendimentos de violência ?
>
> ‣ B: Quando eles chegam aqui tem um curso que fazem... a gente fez... mas só que assim, ... como eles falaram, que na hora é para ir buscar o delegado, para tomar conhecimento... Mas você procura ele e não acha de jeito nenhum... nessa parte assim tá muito devagar...
>
> ‣ E: Como é o curso? Você pode contar um pouco?
>
> ‣ B: Explicar bem, não sei, já faz tempo...mas eles falam assim de como atender a mulher, o que deve ser feito...

Bernadete relatou dois casos de violência que marcaram sua memória. O primeiro foi o de uma mulher que, ao sair do serviço de madrugada, foi surpreendida por um agressor que a violentou sexualmente com muita crueldade. Esse caso mobilizou toda a equipe. A indignação dela e dos demais profissionais parece remeter à situação de identificação com a exposição ao risco. Ao se deparar com a violência cometida por um desconhecido contra mulheres que vivem um cotidiano semelhante ao dos profissionais ou de seus familiares, estes se colocam na posição de vítimas potenciais: cada um ali poderia ser a vítima; todos estão em perigo. A idéia de exposição ao risco pode ser um fator inibidor da prática do profissional e leva a pensar na importância da capacitação, formação e reflexão dos aspectos psico-sociais relacionados à violência.

> ‣ E: Como são estes casos?
>
> ‣ B:... então, o que acompanho...chega isso a violência sexual... onde elas chegam muito abaladas, arrasadas.
>
> Ah, teve duas que chegaram aqui que me marcou bastante sabe... foram agredidas. Uma foi de madrugada, saiu do serviço as quatro horas, e foi ali perto da catedral (região central) e abusou mesmo dela, sabe. Ele tava de moto, fez ela tirar a

> calcinha e amarrar na placa da moto, aí ele levou ela para um terreno baldio e abusou mesmo...

O outro caso atendido, marcante para Bernardete, foi de uma adolescente estuprada ao sair da escola:

> ‣ B: Ah...a outra moça, esse caso foi bem estranho. Era uma adolescente diferenciada. Os pais tinham condições financeiras, sabe, e ela foi pega por um homem perto da escola, de manhã. O homem abusou dela.
>
> Aí o pai estava viajando e mãe que trouxe ela. Vieram direto para cá. Aí a mãe contando.. que elas pararam neste estacionamento aí do lado, estacionamento particular, (pausa – colega de trabalho se aproxima para pegar papéis) ... e depois a mãe contando aqui para a gente... que ... que quando a menina chegou ali, que elas estavam com um carrinho mais velho, acho que era um fusca, que o pai estava viajando com o carro importado... Ela (garota) começou a falar para mãe: 'olha aqui só tem carrão e a gente com isso aqui!'...
>
> Nossa! Não é estranho, a menina passar por tudo aquilo e vir e fazer um comentário desse nessa hora, ao invés dela se preocupar com o problema; falar uma coisa dessas! A mãe estava super preocupada, agitada ... isso ficou muito para mim...eu não entendia.

Este caso tem significado diferente ao relatado anteriormente, uma vez que Bernardete não se identifica com ele e sente incompreensão frente à reação da garota, que aparentemente não se abalou com a situação vivenciada. A posição de Bernardete está permeada pelos sentidos que ela atribuiu à violência no contexto de sua vida pessoal. Pontua, assim certas dificuldades para a compreensão da experiência alheia em situações que não é possível identificar-se com a posição do paciente.

Ao falar de sua rotina de trabalho, ela nos conta que a função facilita a proximidade entre a paciente e a auxiliar de enfermagem, uma vez que passam juntas importantes momentos de intimidade, como o banho e a alimentação. Essas situações proporcionam interações mais individualizadas, criando condições para conhecer a paciente a partir de uma outra perspectiva.

> ‣ B: A gente fica bastante com o paciente na enfermaria; você dá banho, conversa. Porque a situação do hospital é muito triste, é

> muito ruim você estar doente e sozinha, olha de um lado, olha de outro e não vê ninguém conhecido. Eu acho.
>
> Então assim...Porque aí, você está dando banho, pergunta da vida da pessoa, e você percebe que a mulher é apática; que não tem vida... isso assim... eu sempre fui sozinha, mas você tem vida própria você faz suas coisas... Sei lá, tem mulher que é esquisita. (pausa – mulher pede informações a Bernardete) E ...você não sabe porque ela sofre tanto...
>
> Tem coisa que é difícil explicar..

Essa proximidade com a paciente possibilita que Bernardete perceba o estado emocional de algumas mulheres, porém ressaltou que não sente vontade de falar disto com elas por temer incomodá-las. É como se o ambiente de trabalho não favorecesse tal espaço.

> ‣ B: Que nem uma vez, lá tinha uma mulher, até depois ela ficou minha amiga, porque a gente morava no mesmo bairro, tem isso, às vezes. Você faz amizades daqui, você conhece as pacientes e depois às vezes vira amiga, tem umas que têm muita gratidão pela forma como a gente cuidou aqui dentro... E essa mulher passou por uma cirurgia do períneo, acho que era...já faz tempo... e deu, acho, uma inflamação. Ela ficou internada uns dias. Quando ela estava sozinha ela era um encanto, brincava sorria, e quando era hora de visita ela transformava. A gente via que ela ia ficando estranha, meio angustiada. Aí vinha só o marido; ele era simpático com a gente, mas ele ficava ali do lado da cama, não conversava com ela nem nada. Eu só olhava e nem perguntava nada, porque você não costuma falar disso; falar isso para paciente às vezes incomoda; é chato.
>
> Aí menina, você acredita, que quando a gente começou a se encontrar no bairro, sempre na missa assim, a gente começou a ficar mais amiga. Conversava depois, tinha uma feira, às vezes encontrávamos e íamos juntas... eu tenho vários conhecidos assim... Aí com essa, um dia lá, na missa, ela me falou que não estava bem... que era assim, assim... mais feliz quando não ficava na casa dela... que o marido era bruto... xingava ela... às vezes até batia...

Curiosamente, no relato de Bernardete percebemos que dentro da instituição hospitalar ela não se sentia apta a lidar com a *estranheza* da mulher. Posteriormente, já com um vínculo de amizade, conseguiu compartilhar, no banco da igreja, o segredo do lar, onde ocorria a violência que causava a tristeza.

Vale enfatizar novamente que os profissionais precisam de uma capacitação para lidarem com questões atípicas de seu cotidiano, principalmente para compreenderem que a violência domestica não é mais uma questão da esfera privada; que abordá-la nos Serviços de Saúde é uma maneira promover o bem estar da mulher e o conceito de integralidade da saúde

4.9. Solange: da vergonha que mascara o poder

Solange é enfermeira na enfermaria da Ginecologia-Obstetrícia trabalha; nesta função há aproximadamente 24 anos e desde o início da formação escolheu atuar neste campo.

É casada e tem duas filhas de 25 e 28 anos, respectivamente. Contou-nos que cresceu numa família matriarcal onde a mãe, viúva e sozinha, sustentou a casa trabalhando como auxiliar de enfermagem.

Ao abordá-la para solicitar a entrevista, expliquei sobre a pesquisa e como havia chegado até ela: por indicação da médica residente da Ginecologia e de dois estudantes de Medicina do sexto ano, que a identificaram como *enfermeira muito acessível*. Ela se mostrou interessada em participar, mas ressaltou que poderia ajudar pouco falando desta temática. Articulou com as companheiras de trabalho para ficar ausente por algumas horas e fizemos a entrevista no mesmo dia, em uma sala no andar da enfermaria.

A entrevista foi longa. Solange, muito comunicativa e expansiva, nos contou de seu percurso profissional e das questões familiares que perpassaram o início de sua vida profissional, como a indisposição do marido frente à sua atuação como enfermeira.

Após a graduação, o marido a convenceu a não trabalhar. Ela ficou por quatro anos trabalhando em casa, teve suas duas filhas e após muito incentivo de sua mãe e da sogra, mas a contragosto do marido, prestou concurso para o hospital. Aprovada, ela iniciou sua vida profissional apesar do incômodo do marido. Persistiu e hoje se diz muito feliz com a escolha de carreira.

Demonstrou sensibilidade ao falar das pacientes a ponto de chorar no término da entrevista, quando comentou sobre o abandono em que se encontra a população mais carente na área da saúde. Discorreu ainda sobre as alterações de valores nas gerações e o reflexo das conquistas históricas das mulheres na vida atual.

Solange contou que seu primeiro contato com mulheres que viveram violência se deu com o caso de sua empregada doméstica, que foi agredida pelo companheiro. Na sua percepção, o grande fator que impede as mulheres de procurar ajuda é a vergonha.

As diferenças de gênero e as relações de poder

Profissionalmente Solange não acompanhou casos de violência doméstica, apenas um caso de uma gestante que sofreu abuso sexual. Ela acha que as mulheres não relatam os episódios de violência dentro do serviço de saúde porque sentem vergonha em expor seus problemas conjugais. É a mesma explicação dada por Aline, a médica residente, mas Solange procura fazer uma leitura do agressor e conclui que é a ausência de poder que o leva a agredir. Ela acha que, muitas vezes, ele vive às custas da mulher e dessa forma imagina que as mulheres podem *se livrar* do marido agressor se quiserem.

> ‣ S: Eu acho que a mulher precisa largar de ser boba, porque ela tem tudo. A grande maioria, a *grannnde* maioria que apanha, o cara não faz nada, ela que sustenta, é ela... Não sei se é medo... porque nada nada ela tem um companheiro, que digamos assim, ele tá ali pra me proteger. Não sei que proteção?
>
> Não sei o que que passa né, que ela tem como trabalhar né. Porque você vê que a mulher enfrenta, ela vai fazer faxina, vai passar roupa ela, vai fazer qualquer coisa. E o homem não; o homem não se sujeita a qualquer coisa de serviço. Ele acha que o serviço é muito...que ele é muito bom para aquilo ali. E a mulher não pensa assim, ela acha que mesmo que seja faxina é serviço digno. Ela tá fazendo e com aquilo ela vai sustentar os filhos, ela pensa é na família. Mas o homem não, né, o homem é satisfação pessoal né.
>
> Pelo menos eu falo assim dos casos que eu sei, da faxineira, da empregada, dos casos que eu acompanho. Porque você vê, né, que elas contam, elas trabalham né e o cara fica lá em casa, tomando o dinheiro delas.
>
> E você fala, porque você tá com um trem desse aí? Antes sozinha que mal acompanhada, um trem ali que ainda fica te tomando dinheiro, além de não... olha, não sei. Sinceramente não sei... o que passa na cabeça, não sei o que passa.

Lidar com esse mistério que é a relação de casais em situação de violência parece gerar uma diversidade de sensações, como essa, de Solange, de incompreensão e indignação. Ela não consegue imaginar o que faz uma mulher sofrer e permanecer nessa situação. Durante a convivência com sua empregada doméstica percebeu que existem muitas coisas ocultas, que não são ditas, talvez por não serem mesmo compreendidas ou por serem sentimentos de vergonha.

> ‣ S: Olha, a minha empregada está comigo há seis meses, no primeiro mês que ela trabalhou comigo, ela faltou e nem avisou nada. E eu fiquei preocupada, liguei na casa dela o dia inteiro e nada. Como eu conheço a família, liguei na casa da irmã e perguntei, ela também não tinha notícia.
>
> Quando foi à noite, quase onze horas da noite, a irmã foi na casa dela e descobriu que ela estava lá. Ela faltou dois dias. E aí a irmã me ligou falando que estava lá, que ela tinha brigado com o marido; bem nem sei se é marido...
>
> No outro dia eu liguei lá e ela nem conseguia falar comigo no telefone, só chorava. Aí eu falei assim: porque você está com esse cara? Ela nem respondia.
>
> Era namorado dela. Ele tinha dado um soco no rosto dela, estava tudo roxo assim. Passados três dias ela apareceu, aí eu falei: escuta, ele te sustenta?
>
> Não. O que ele é seu? Namorado? Então porque você precisa de um trem desse?
>
> Não! ... não sei...aí foi me contar o assunto. Eles estavam lá conversando, e olha, ela já casou, tem filho casado. Você acha que precisa disso? Inclusive o filho tinha ido lá, almoçaram todos juntos e foram embora; ela ficou lá tomando cerveja com ele, aí taí. Bebeu, ela falou alguma coisa que ele não gostou e ele lascou a mão nela. E pra quê? Bebida mais valentia dá nisso. Homem quando bebe fica valente... E eu falei pra ela, pra quê? Olha o que você ganhou, olho roxo...
>
> ‣ E: E ela não foi procurar ajuda em nenhum local?
>
> ‣ S: Imagina!!!Não estou te falando que ela ficou trancada com vergonha? Não tinha coragem de olhar para mim. E eu falava: como você pode fazer isso, a gente aqui pensando que tinha, sei lá, você pensa o pior. Você foi na delegacia da mulher? Não.
>
> Então o que você está esperando, vai lá e denuncia esse cara. ‘Ah, não sei’.

> Você não sabe???? Vai lá e denuncia.!!
>
> Você foi?
>
> Nem sei se ela tá com ele. Sabe, mas pelo menos apanhar mais dele ela não apanhou. Eu acho que até, ela não tá.
>
> Demos muitos conselhos a ela, meu marido queria levar ela na delegacia para fazer a queixa.
>
> Mas você percebe que é vergonha. Ela só contou para a gente porque a irmã contou primeiro. Porque tenho certeza que ela ia chegar e falar que tinha caído, qualquer coisa parecido com isso. Não, elas não contam! Você pode ver, a que conta é ou porque ela está muito no limite mesmo, e ele está fazendo alguma outra coisa a mais, ou então bem, eu não sei, ela já encheu mesmo, e tomou consciência que ela é suficiente para cuidar dela.

Solange acredita que a vergonha é o impedimento para buscar auxílio. Até mesmo entre as gestantes internadas, ela nota que, às vezes, quando há conhecidas, uma fala da outra e se ouve falar de relações agressivas com o marido. Porém, isso é dito em *baixo tom* e a mulher referida não se posiciona.

> ‣ S: E essa mulher grávida estava muito fragilizada, a gravidez já deixa sensível...
>
> Eu não sei sabe; às vezes a gente até escuta aqui das grávidas, olha o marido dela bate nela... porque não sei quem lá é vizinha e disse que o marido bate...mas aqui você não fica sabendo, elas não falam ... fica um buxixo assim, que eles batem, que elas apanham, mas não chega até você e fala assim, oh, eu tenho isso ou aquilo, estou com um problema. Não lembro de ter visto nenhuma chegar aqui machucada...
>
> Eu acho que se elas... se acontece, elas dão uma mexida. Fazem uma maneira de ninguém ver, passa o quente, aí depois que aconteceu que já passou uns dias, aí que procura.
>
> Eu acho que elas têm vergonha. Porque elas não contam.

Parece haver uma naturalização das relações, nas quais a mulher é vista como responsável pela harmonia do relacionamento e, uma vez mostrado que existe atrito e conflitos, ela pode se sentir julgada frente à situação. Desta maneira, podemos pensar que esse é um dos motivos que a cala.

Solange fala da posição da mulher na sociedade com certa ambigüidade. Em alguns momentos, ela acentua que a mulher ganhou sua liberdade e tem autonomia para levar sua vida. Mas em outros momentos, ela afirma que a mulher acaba abrindo mão de algumas coisas de sua vida em prol do homem e do seu relacionamento com ele.

> E: Suas filhas têm quantos anos ?
>
> S: (Ri) Já são moças. Uma tem 25 e outra tem 28, uma fez Pedagogia e a outra Fisioterapia.
>
> Uma queria fazer Medicina. Mas eu vejo, aqui, essas residentes como sofrem, e eu falava: 'ai meu Deus, se ela for fazer', eu não queria . Eu acho que Medicina, dependendo da área, não é uma profissão para mulher. Você vê ginecologia, principalmente as obstetrícias, elas não têm hora para nada!! Ninguém tem hora para nascer. Ela tá lá sossegada na casa dela, aí ligam, 'oh aqui , vai nascer!'
>
> Levanta correndo, larga tudo, larga marido e vem para o hospital.
>
> Então é isso Claudia, a vida é essa.

Parece que, na visão de Solange, a harmonia no casamento é uma responsabilidade da mulher, levando até mesmo a abdicar de algo, como a escolha profissional no exemplo acima. Isso se faz presente na sua própria experiência de casamento.

> S: Gosto. Gosto mesmo do que faço! ... quando entrei na faculdade fiz especialização em Obstetrícia. Foi a primeira turma em Ribeirão. Era um problema, porque não tinha espaço para a gente, tínhamos que ir para outro hospital porque aqui era lugar da Medicina; a gente não podia. Não tinha campo para enfermagem fazer especialização, então foram só quatro. Só quatro alunas e eu no meio.
>
> Aí eu me formei, mas eu não trabalhei, fiquei quatro anos parada.
>
> E: Em que ano foi?
>
> S: Foi em 1974. Quando eu estava no terceiro ano de faculdade, eu comecei a namorar meu marido, e... e ele odiava Enfermagem e ele não ...não se agüentava de eu ser enfermeira... odiava!

‣ E:Tinha ciúmes?

‣ S: Tudo. Só de eu olhar assim ele já... Aí eu formei e foi assim, levei o quarto ano na briga, se fosse por ele eu tinha largado da faculdade. Aí eu formei e ele falou não, nós vamos casar em maio e você não vai começar a trabalhar. Em dezembro teve concurso; eu não prestei. Todas da minha turma que prestaram passaram; na formatura elas já tinham emprego. E eu ?

‣ E: E você pensava o quê?

‣ S: Eu falava pra mim: 'e eu aqui marcando!!'

Aí foram quatro anos parada, só cuidava da casa e do marido, fiquei grávida e lá, só em casa. Não me arrependo de nada, mas a minha mãe e minha sogra não se conformavam e ficavam falando na orelha dele....e falando... e minha mãe ... passado quatro anos, a minha mãe falou que iria ter concurso, para eu prestar... que jeito, o meu marido não podia nem escutar... e até que fiz inscrição e ele achando que quatro anos parada eu não ia passar nunca!

Aí passei!

‣ E:Que beleza!

‣ S:Os primeiros meses ele não falava nada, me trazia, me pegava e não falava nada. Todo dia ... e eu tive que arrumar empregada e deixar tudo em ordem porque não esperava né. E passou; faz 26 anos que estou aqui. Na obstetrícia.

Mais à frente na entrevista Solange comentou que também abdicou de algo abriu mão de seu momento profissional pelo seu desejo de permanecer em casa.

‣ S: Mas antigamente ninguém falava... era assim ´ah, fica quieta, fica com o marido... ruim com ele pior sem ele´... pelo menos tinha o homem lá que não deixava outros virem aproveitar.

Então era bem essa política. Mas a mulher muito submissa ... (ri) você vê, eu lá ... eu lá ...não foi violência... mas assim, você abre mão né... a mulher abre mão de muita coisa dela, ela pensa, releva muita coisa.

Segundo Saffiotti (1999), historicamente foram construídos conceitos que afirmam que as mulheres são socializadas para conviver com a impotência e os homens – sempre vinculados à força - são preparados para o exercício do poder. A naturalização do feminino como estando preso a uma suposta fragilidade do corpo da mulher e a naturalização da masculinidade como estando inscrita no corpo forte do homem fazem parte das tecnologias do gênero (Laurentis, 1987). Segundo a autora, "as tecnologias de gênero modelam mulheres e homens e eles fazem a

história, produzindo objetivações através de suas práticas sociais e, simultaneamente, apropriando-se de seus resultados, isto é re-apropriando-se subjetivamente da história que fazem"(Laurentis, 1987).

A inserção de debates sobre gênero entre os profissionais de saúde visa não apenas humanizar o atendimento à usuária do serviço de saúde, mas também ampliar a reflexão e favorecer mudanças nas relações entre os homens e as mulheres nas suas experiências cotidianas. A vivência da cidadania e dos direitos humanos passa por processos educativos através dos quais, segundo Ávila "as informações são repassadas, socializadas e apreendidas como parte de um bem social comum a todas as pessoas"(Ávila, 2002:139).

A construção da igualdade passa, assim, pela desestruturação da ordem social que hierarquiza as diferenças, transformando-as em desigualdades.

4.10. Agnaldo: a experiência orientando as ações

Agnaldo é enfermeiro e docente de um curso preparatório para técnicos de enfermagem vinculado a um hospital público de Ribeirão Preto. É casado e tem três filhas. Cresceu entre oito irmãs o que, segundo ele, lhe despertou sensibilidade com as questões femininas.

Seu percurso profissional foi diversificado; trabalhou nos serviços de enfermaria e ambulatorial de hospitais particulares e públicos de Ribeirão e região, e atuou como auxiliar de enfermagem no Instituto Médico Legal de Ribeirão Preto e de São Paulo.

Fui entrevistá-lo após a indicação da enfermeira do ambulatório da Ginecologia-Obstetrícia do hospital, que o identificou como um profissional com vasta experiência no atendimento a mulheres em situação de violência. Essa experiência parece se refletir em suas atividades docentes, pois procura enfatizar a importância dos cuidados coma saúde da mulher em suas aulas.

Como ele trabalha em muitos lugares diferentes fiz o contato inicial por telefone para apresentar o projeto e convidá-lo para a entrevista. Ele aceitou, marcando o dia e a hora mais adequados para sua realização.

No dia agendado fui até a escola em que trabalha e, momentos antes de iniciar suas atividades, conversamos um pouco numa sala privativa. A entrevista foi breve e Agnaldo se mostrou interessado pelo tema, porém como tínhamos pouco tempo ele não se aprofundou muito em alguns pontos.

Agnaldo iniciou a entrevista contando alguns casos de violência física que atendeu nos serviços de Pronto Atendimento hospitalar e no Instituto Médico Legal. Foram casos nos quais o agressor utilizou de extrema crueldade contra a mulher, comprometendo algumas vezes seriamente a saúde e chegando até a ocorrência de morte.

Esse tipo de violência física do homem contra a mulher revela além da desigualdade física entre eles, a lógica patriarcal que assegura à categoria *homens* sua *supremacia*. Essa modalidade de violência visa a preservação do controle e do poder

masculino, isto é, a ordem patriarcal que reproduz crescentemente as desigualdades de gênero. Saffioti (2002) discute que a lógica da ordem patriarcal de gênero só é passível de entendimento por meio da análise das relações entre as categorias homens e mulheres, nestes termos os homens têm autonomia, enquanto as mulheres heteronomia. "Autonomia diz respeito à capacidade de controlar o destino de outros, além, é claro, da capacidade socialmente dada de realizar seus próprios desejos. Enquanto a dependência/independência prende-se à ordem coletiva" (Saffioti, 2002:326). Para a autora, ainda que haja inegavelmente uma íntima interação entre o singular e o coletivo, a presente ordem de gênero só se alterará quando as categorias de sexo forem igualmente autônomas.

A violência física contra a mulher tem seu *locus* privilegiado no espaço doméstico, embora não se restrinja a ele. Dentro dos lares, como nos contou Agnaldo, as agressões físicas acontecem longe do olhar público, limitando intervenções externas no auxílio da mulher, assim a aplicação do velho adágio, *em briga de marido e mulher não se mete a colher*, deixa trágicas conseqüências à saúde das mulheres. Os serviços de saúde têm então a chance de torná-las públicas, quando detectam que as causas das dores, ferimentos e sofrimentos é a violência doméstica.

Saffiotti (1996a: 6) afirma que a violência doméstica não pode ser pensada só em termos de limites geográficos, mas também em sua dimensão simbólica: "este tipo de violência é possível graças ao estabelecimento de um território simbólico no qual os homens detêm praticamente o domínio total".

As teorias liberais foram cruciais no restabelecimento da oposição público/privado, influenciando a visão contemporânea ocidental sobre suas relações com a dimensão do político e do doméstico, do masculino e do feminino. O liberalismo, segundo Saffiotti (1996) apresentou como pressuposto a restrição ao poder político, o qual, por sua vez, requer que os próprios indivíduos definam as áreas onde a intervenção do poder político seria ilegítima. Ao adotar a concepção de privacidade, a vida privada passa a ser atribuída não mais a um espaço – família - mas a indivíduos livres, membros da sociedade política. Porém essa concepção de indivíduo livre nega a complexidade das relações de poder que conformam o real, especialmente as relações de desigualdade de gênero.

É preciso lembrar que alguns aspectos sócio-culturais contribuem para a perpetuação dessas relações violentas, um exemplo é a crença popular de que a violência física cometida contra as mulheres por seus parceiros é agravada pela precária situação sócio-econômica e a ingestão abusiva do álcool. O que de certo modo justifica os comportamentos masculinos, também descritos por Agnaldo.

> A: Ah sim, eu já acompanhei assim, alguns casos de violência, já trabalhei no hospital de Sertãozinho (cidade próxima a Ribeirão) onde a região é sucro-alcooleira, e vi algumas mulheres levarem podãozada (instrumento utilizado no corte da cana)... Porque, você via os moradores são pessoas que vem de fora, de fora da região.
>
> Vêm do norte de Minas para cortar cana. Chega aqui é outra coisa e acaba tendo uma vida assim totalmente de pobreza, no caso. E algumas vezes a violência de mulheres era uma conseqüência disso.
>
> Uma vez, eu estava de plantão e uma senhora chegou com as duas mãos amputadas e uma podãozada no rosto. O marido estava alcoolizado, trabalhou de dia e a noite chegou alcoolizado e por motivos banais com a mulher, discutiram e ele a agrediu. (...)
>
> Então recebia muito assim, muitos casos de agressão do marido, muitas vezes associado ao álcool.

É sabido que as condições de miséria social e exclusão dos direitos são agravantes de situações estressoras, assim como o álcool pode se constituir num redutor da censura dos atos, mas isso não justifica a existência de atos de agressão. Tal comportamento expressa muito mais a pretensão de considerar o corpo da mulher como objeto de sua propriedade, e esse se constitui em local próprio de extravasamento da agressividade masculina. Cabe ressaltar que a violência física, como contou o enfermeiro, não ocorre apenas onde predominam as condições precárias de existência, desemprego, desagregação das relações sociais e familiares. As relações violentas ocorrem igualmente em diferentes segmentos sociais. Entretanto os de melhor poder aquisitivo dispõem de recursos que impedem, na grande maioria dos casos, que a questão se torne do conhecimento da polícia e do público em geral.

A experiência de Agnaldo no IML e nos hospitais que já trabalhou lhe permite afirmar que a violência de gênero não tem classe social, ela atravessa transversalmente os diferentes segmentos sociais.

> A: Lá no IML, nós tivemos casos, eu lembro de uma senhora, até que era uma família de posse de Ribeirão Preto, que o senhor, da sociedade daqui que programou a morte da mulher e concluiu tentando ludibriar a polícia, tentando enganar, botou a esposa no carro levou até às margens e matou. E foi interessante que nessa época eu estava trabalhando na polícia e no hospital X (hospital particular) e acompanhei todo o processo dos dois lados, inclusive ele após a morte se internou neste hospital como se estivesse tendo uma crise nervosa.
> E depois foi feita a perícia nele, foram encontrados vestígios de pólvora. E de baixo das unhas dela foram encontrados tecido, indicando uma luta corporal. E foi constatado que era dele.
> Foi uma morte muito violenta, porque parece que a mulher não morria e ele tentou diversas formas...

Os casos que incluem a violência física estiveram muito presentes no discurso de Agnaldo, mas a sua discussão em torno da violência e da saúde da mulher se mostrou bem ampla, dando visibilidade a diferentes formas de opressão. Para Agnaldo, qualquer tipo de violência vivida na relação afetiva traz prejuízos para a vida da mulher, o que ilustrou com casos atendidos na psiquiatria onde ele associou o adoecimento às condições de vida da mulher.

> A: Tive também casos na psiquiatria, isso é muito comum lá, porque você vê o próprio ambiente doentio que a mulher vive. Marido ciumento, problemas de família. Muitas vezes essas pacientes eram internadas devido ao mau trato do marido mesmo.
> A gente recebia paciente que tentava suicídio porque não agüentava viver isso com o marido, não conseguia conviver. Tive também paciente que ateava álcool e fogo no corpo, no próprio corpo.

Essas falas nos remetem à violência psicológica que apesar de não deixar marcas aparentes é causa de muitos distúrbios físicos e psicológicos de diferentes ordens. Identificar e tratá-la também é uma questão de promoção de saúde.

A inclusão de novos temas na formação em saúde

O aumento de casos de violência no serviço de saúde, segundo Agnaldo, fez com que novas demandas surgissem, como a inclusão de novas temáticas nos currículos de técnico de enfermagem. Na sua atuação como docente busca abordar a temática saúde da mulher de uma forma ampla, considerando os múltiplos aspectos da vida da mulher, desde noções de higiene íntima, doenças, desenvolvimento reprodutivo até questões sociais.

> A: Olha, você ver os casos como a gente via chegar é horripilante.Você ver o que fazem contra mulher mexe muito. Imagina você receber uma mulher com os dois braços amputados e uma rachadura na cabeça feita de podão.
> E também muitos casos onde a pessoa recebia socos.
> É até por isso que os currículos estão tendo essa inclusão. Eu não imaginava mesmo que a gente falaria tanto disso, até mesmo aqui na escola, fala-se muito mesmo da saúde da mulher.
> Desde adolescente, desde quando você ensina uma garota se limpar, fazer a higiene íntima; de frente para trás...Toda parte de adolescência, o que pode acontecer nessa fase, inclusive dos riscos que ela está exposta; a repressão; maus tratos; separação dos pais.
> A menarca; menstruação até a terceira idade. Hoje a gente abrange até a parte de geriatria... E temos percebido que as coisas têm melhorado muito.
> Notamos que o profissional carece disso, não foi sempre que se tratou isso. É muito recente esse tema.

É importante ressaltar novamente, como nas ações desenvolvidas pela médica ginecologista, o quanto a prática profissional, amparada no discurso sócio-político, pode desencadear ações de promoção dos direitos, da saúde e da cidadania da mulher.

No discurso de Agnaldo fica implícito o quanto as relações de gênero são construídas. Sua experiência familiar, tendo crescido entre oito irmãs, segundo ele mesmo, contribuiu para sua construção do feminino de uma maneira sensível e solidária. Por isso ressalta a importância de discutir as noções de gênero, de

violência, de modo a instrumentalizar e capacitar a prática do profissional que ele está ajudando a formar.

No campo do ensino para técnicos de enfermagem pode-se perceber que já iniciou uma nova percepção da saúde da mulher, e, como discutido nas entrevistas anteriores, a atuação dos profissionais na enfermagem facilita a criação do vínculo de confiança das usuárias com os profissionais, pela proximidade estabelecida no tratamento. Desta forma, as novas abordagens curriculares relatadas por Agnaldo já podem ser consideradas um sinal de avanço na promoção de saúde das mulheres, além de uma intervenção social frente às questões de gênero.

Agnaldo reconhece que as ações na saúde são resultado das conquistas que as mulheres têm adquirido ao longo da história, para ele há uma modificação dos lugares femininos na sociedade. Ele expressa a sua visão da mulher como sendo sexo *forte*, e para ele a educação e formação moral dos filhos são produto da interação materna.

É interessante notar que Agnaldo identifica a importância da mulher fortalecer seu lugar e direitos através da educação dos filhos, uma vez que a alteração das relações de gênero se inicia aí, reforçando a noção de que as relações de gênero são construídas.

> A: A mulher é tida como sexo forte mesmo. Até mesmo na educação dos filhos a gente fala disso. Porque geralmente as mulheres reclamam muito dos homens, mas até assim os alunos homens falam: 'escuta, quem cria, dá educação, são as próprias mães, então precisa mudar um pouco isso, precisa mudar daí.'
> Então tem que trabalhar essas mães para elas tentarem mudar esse comportamento masculino.
> Eu vejo assim, eu sou criado com oito mulheres, tenho oito irmãs!

Quanto à prática profissional pode-se perceber que há uma multiplicidade de sentidos e de repertórios que contribuem para nortear as ações de cada profissional. Mesmo considerando os avanços na sociedade e na sua área de atuação, Agnaldo ressalta que ainda há algumas barreiras a serem transpostas dentro da saúde, que estão vinculadas às dificuldades pessoais do profissional. Novamente é necessário ressaltar que Políticas de Saúde e intervenções de capacitação, formação e suporte institucional para os profissionais precisam caminhar juntas para que as ações respondam à demanda e sejam efetivas.

‣ A: Hoje em dia as mulheres não se sujeitam mais a essas coisas, elas procuram ajuda, procuram a polícia, os órgãos de defesa da mulher. Antigamente não, ela ficava no relacionamento, calada, não largava por causa dos filhos, acabava apanhando, sendo agredida, aquele autoritarismo masculino, o tempo todo em cima, então não deixava, brecava. Hoje não, com as oportunidades, o lugar que ela conseguiu ocupar, tá conseguindo né, graças a Deus.
Principalmente com os homens, você vê que a relação tem mudado mesmo, o homem está começando a perceber que as mulheres estão conseguindo, estão conquistando.

5 - Considerações finais

(...) quer dizer: até quando as pessoas não fazem o que fazer porque não sabem o que fazer. Percebem mas não sabem o que fazer. Ou até quando as pessoas não fazem porque acham que não é delas o que fazer, não é da parte delas fazer isso acham que é de outra pessoa (...)
(Joana – aluna de medicina entrevistada)

São diversas as situações de violência identificadas pelos profissionais do Serviço de Saúde pesquisado, assim como são diversas as maneiras de lidar com o fato. Muitas vezes, é nas conversas informais, fora do espaço de consulta, que as usuárias do serviço relatam a *violência psicológica* de opressão em que vivem e que as faz sofrer. A *violência física* é identificada pelos profissionais pelas marcas no corpo da mulher, às quais ela atribui explicações incoerentes. E a *violência social* é notada pela equipe quando esta se depara com mulheres vivendo em precário estado psico-social, desprovida de cuidados e direitos.

Nos discursos dos profissionais entrevistados, a violência emerge como questão complexa, de difícil entendimento, principalmente quando está relacionada com as relações afetivas dos casais. Nas relações sociais, a violência parece estar associada às desigualdades de poder, seja no âmbito familiar, seja na esfera pública.

Foi possível perceber, na análise das entrevistas, a multiplicidade de sentidos atribuídos à violência contra a mulher e as dificuldades vivenciadas no cotidiano do trabalho no hospital. Vale lembrar que o atendimento terciário, que é oferecido no contexto hospitalar onde foram realizadas as entrevistas, configura-se como aquele voltado à atenção especializada que tende a perder de vista o todo que dá visibilidade ao problema vivido. Essa segmentação da paciente, muitas vezes ocasionada pela especialização das áreas médicas, parece contribuir para dificultar a investigação das questões associadas ao adoecimento relacionado com a violência.

Como a presente pesquisa focalizou apenas os profissionais que trabalham em hospital, outras pesquisas precisariam ser realizadas para observar como estão se articulando as questões relacionadas à saúde e gênero em outros espaços de atenção à saúde, como nas Unidades Básicas de Saúde ou mesmo no recém criado Programa de Saúde da Família, já que estes se configuram como portas de entrada no Sistema de Saúde.

Buscamos, nesta pesquisa, contribuir para que os serviços de Saúde possam reconhecer que as situações de violência vividas pelas mulheres trazem sofrimentos que geram alterações na sua saúde e em seu bem-estar. Os Serviços de Saúde são locais privilegiados para acolher e tratar essa demanda, pois as mulheres, de maneira geral, quando percebem agravos a sua saúde, recorrem a estes locais.

Compreender os sentidos atribuídos à violência pelos profissionais de saúde se faz necessário por duas razões: de um lado, eles têm papel fundamental no processo de quebra do ciclo de violência; de outro lado, eles provêm suporte afetivo-emocional para as mulheres nessa situação.

É interessante observar que os discursos dos profissionais de saúde estão permeados por tentativas de explicação para a violência contra a mulher que estão baseadas, quase sempre, nas experiências e vivências de cada profissional. Em nenhum momento, nesta pesquisa, eles se referiram a qualquer tipo de orientação especializada quanto às questões de violência de gênero.

Os profissionais de saúde que participaram desta pesquisa foram unânimes ao afirmar que as discussões acerca de gênero e da violência contra a mulher não fizeram parte de sua formação profissional. De acordo com eles, a discussão sobre questões de gênero e poder estão ausentes dos currículos acadêmicos, fato este que pode estar associado à pequena produção científica no campo da saúde coletiva na temática gênero e saúde. Como afirma Correa (2002:364):

> os resultados sugerem que, entre 1986 e 1996 não foi exatamente significativa a produção em gênero e saúde no país. [...] Segundo Aquino[1], embora a produção tenha sido discreta, houve uma *mudança qualitativa* no deslocamento do enfoque materno-infantil convencional em direção a outros aspectos da saúde da mulher. Mas segundo a própria autora, 'apesar disso, a ênfase ainda recai na fase reprodutiva, embora havendo uma mudança dos aspectos ligados à concepção para aqueles relacionados ao controle da procriação, [...] persistem sendo negligenciados temas como o trabalho, a violência e a saúde mental'.

Essa lacuna na formação reflete-se no dia-a-dia dos profissionais nos Serviços de Saúde, que muitas vezes sentem-se inaptos para lidar com as questões associadas à violência doméstica.

Sem a capacitação para o enfrentamento da questão e sem ter a quem recorrer nos momentos de dificuldades, os profissionais vão aprendendo a lidar com a complexidade por meio da prática, criando a sua própria maneira de atendimento.

[1] Estela Aquino, Gênero e Saúde Coletiva no Brasil: tendências na divulgação científica sobre o tema. S/d. (mimeo)

Alguns se solidarizam e oferecem acolhimento; outros se distanciam, tratam com aspereza e às vezes acabam, sem perceber, maltratando e/ou agredindo as mulheres.

Vale lembrar que a violência tem muitas dimensões e engendra diversos sentidos. Esses sentidos articulam-se na rede de sentidos presentes no cotidiano das instituições de saúde e dos profissionais. Especificamente no caso da violência contra a mulher, esta rede de sentidos é atravessada também pelas noções de gênero, de sexualidade, de saúde, de relacionamentos afetivos e pelas emoções que estão intimamente associadas a esses sentidos. Assim, cada vez que o profissional depara-se com a necessidade de viabilizar ações que possam minorar o sofrimento causado pela violência, é esta rede de sentidos que orienta as práticas. Mas, como não há preparo específico para lidar com essas situações, muitas vezes estas têm sobre eles considerável impacto emocional.

Ficou evidente na pesquisa que entrar em contato com a violência produz forte mobilização afetiva nos profissionais, gerando ansiedade, angústia e medo. Nos diferentes exemplos citados, durante as entrevistas, nota-se que, além do despreparo, o acolhimento das situações de violência está intimamente associado a fragilização emocional.

O impacto emocional que o profissional vivencia parece também orientar novas estratégias de atendimentos, como discutido na entrevista da médica ginecologista que assumiu nova rotina de seguimento com duas usuárias que sofreram abuso sexual. Ela percebeu que para amenizar o estresse, a situação traumática da paciente, e atingir melhor eficácia na intervenção era preciso estabelecer um vínculo de confiança e proximidade. Isso seria possível, segundo ela, realizando todo o seguimento com um único profissional, evitando a repetição do fato e garantindo a segurança com o cuidador.

Mas, esperar que os profissionais de saúde desenvolvam estratégias adequadas por si só pode ser muito arriscado quando pensamos nos direitos das usuárias à equidade nos atendimentos e ao atendimento integral à saúde da mulher. É necessário, portanto, levar em consideração os fatores emocionais não só dos pacientes, mas também dos profissionais, na elaboração de ações propositivas para

lidar com a violência de gênero, oferecendo recursos como supervisões e discussões interdisciplinares.

Em todos os discursos apareceu a necessidade de políticas de atendimento específicas para orientar as práticas nos Serviços de Saúde. Os atendimentos a casos de violência demandam, segundo os entrevistados, um novo modelo institucional de atendimento, capaz de oferecer um ambiente mais acolhedor que facilite a criação do vínculo de confiança entre a usuária e o profissional. A disponibilidade de tempo para atendimento foi outro fator descrito como facilitador na intervenção, aspecto que pode ser compreendido tendo em vista a mobilização afetiva que tratar e falar da violência ocasionam, assim como pela dificuldade da mulher em associar o seu adoecimento à situação de violência que vivencia. Atualmente o modelo de atendimento no Serviço Público de Saúde, na maioria das vezes, não propicia essas condições; é comum encontrar um grande número de pacientes para cada profissional, tornando as consultas rápidas e focadas na doença aparente. Essas condições vêm reforçar as afirmações de Grossi (1995) acerca da *rotulação* da mulher em diagnósticos baseados apenas nas sintomatologias, aspecto que tem contribuído para o problema da violência doméstica permanecer oculto.

O Protocolo de Atendimento às Vítimas de Abuso e/ou Agressão Sexual do Ministério da Saúde, com todas as suas limitações, está atuando neste hospital como forma de explicitar os problemas e de instrumentalizar os profissionais, além de dar maior visibilidade para os casos de abuso/agressão sexual no contexto dos atendimentos no hospital pesquisado. A definição de uma rotina para tais atendimentos teve ainda a vantagem adicional de dar mais segurança aos profissionais responsáveis por eles.

A implantação do atendimento integrado, que possibilita os profissionais de saúde de diferentes formações acadêmicas estabelecer estratégias conjuntas de atendimento, e as articulações com a rede social de suporte visam oferecer às usuárias do serviço um melhor acolhimento que não fica restrito a ações focais de caráter curativo. Entretanto, o que se observa hoje é a presença da hegemonia biomédica que parece contribuir para reduzir a paciente a seu sintoma, dispensando o olhar para os fatores que perpassam a situação de violência.

Compartilhando as idéias de Lenira Mazoni[2], psicóloga do serviço de atendimento a mulheres envolvidas em situação de violência na Casa Eliane de Grammont de São Paulo, é necessário ressaltar a importância da equipe interdisciplinar em investir nas discussões dos casos atendidos, utilizando para esta reflexão os sentidos pessoais acerca da violência contra a mulher e a maneira como estes se fazem presentes na interação do atendimento.

Outro aspecto que chamou a atenção nesta pesquisa foi a presença de diferentes modalidades de violência no âmbito da própria instituição, especialmente na relação profissional de saúde/usuária. Inclui-se neste rol de situações: a negligência com os casos de violência contra a mulher; a dificuldade de identificar e atender os pedidos de ajuda que por vezes são pouco explícitos por serem estas mulheres silenciadas pelas situações de violência do cotidiano; e as relações desiguais de poder entre usuária e profissional.

O lugar do saber do profissional pode em algumas circunstâncias ser transformado no lugar de poder para oprimir e excluir. No atendimento inadequado, por exemplo, havendo a depreciação da mulher, principalmente com a usuária profissional do sexo, os profissionais da saúde as deixavam desprovidas de seus direitos e de sua cidadania.

É preciso transformar estas relações desiguais de poder para que o profissional possa aproximar-se das usuárias e auxiliá-las a romper o ciclo de violência em que estão imersas. A educação para a cidadania que produz mudanças culturais, segundo Ávila (2002), é um trabalho fundamental para criar sustentabilidade democrática nos processos de desenvolvimento da cidadania e na construção de sujeitos políticos que atuem na esfera pública. Ávila ressalta que o processo da aprendizagem sobre direitos guarda, em si, duas dimensões, a do conhecimento dos direitos e a da construção para o seu uso.

---

[2] Lenira da Silveira Mazoni- A questão do imaginário no atendimento a mulheres em situação de violência. Curso de capacitação para o atendimento a mulheres em situação de violência. (mimeo) S/d.

Para os profissionais poderem ocupar a posição de facilitadores, da transformação da situação que a mulher vive, é necessário criar espaços para que possam refletir e explicitar de que forma as questões de gênero e de violência foram significadas dentro de um determinado contexto sócio-histórico e cultural. Ou seja, é difícil propor um tratamento humanizado e integral se este ficar descolado da discussão crítica do contexto psico-social em que estão inseridas as usuárias dos Serviços de Saúde.

É importante pensar esses atendimentos como uma *ordem negociada*, como discute Spink (2003), o que implica dar voz às visões de mundo do interlocutor, dialogando com os repertórios que a parte dominada (o paciente, especialmente se membro das classes populares) dispõe para pensar e falar de sua condição.

Possibilitar a abertura da discussão de violência no âmbito dos Serviços da Saúde é viabilizar a promoção dos direitos da mulher e estabelecer relações horizontais de gênero. Para tanto, é preciso propiciar espaços para refletir sobre a atuação dos profissionais e seus posicionamentos dentro da instituição, além de fornecer meios de capacitação, incluindo a inserção nos currículos da área da saúde de temáticas que atravessam o adoecimento, como questões raciais/étnicas, de gênero e classe social.

E a conversa continua fluindo...

> *É importante que o espaço onde é produzido o discurso sobre o mundo social continue a funcionar como um campo de luta onde o pólo dominante não esmague o pólo dominado, a ortodoxia não esmague a heresia. Porque neste domínio, enquanto houver luta, haverá história, isto é, esperança. (Bourdieu, 1989.)*

Essa pesquisa possibilitou uma ampliação das minhas preocupações com as noções de gênero e saúde que circulam em nossa sociedade e que se materializam no cotidiano das relações nos Serviços de Saúde. A pesquisa evidenciou a necessidade de ações concretas que possam dar visibilidade à questão da violência contra a mulher, para que possamos assim discutir abertamente as possíveis estratégias de atendimento e as diferentes modalidades de ação que podem ser empreendidas no sentido de possibilitar às mulheres o exercício de seus direitos e da cidadania.

Como resultado imediato da pesquisa decidi me dedicar ao campo da capacitação e da intervenção na área de violência dentro de Serviços de Saúde. Com o projeto intitulado *Ações de Promoção dos Direitos e Prevenção da Violência: a Implantação de um Projeto de Notificação de Violência Contra a Mulher*, aprovado pelo Programa Gênero, Reprodução, Ação e Liderança (GRAL) da Fundação MacArthur, passei a desenvolver um trabalho na Unidade de Saúde Mista da cidade de Serra Azul.

O projeto tem como objetivo a implantação de um sistema de notificação de violência contra a mulher para identificação e sistematização dos números de casos atendidos na Unidade Mista de Saúde. A partir do processo de implantação deste sistema de notificação espera-se poder treinar e sensibilizar os profissionais que trabalham na Unidade para a problemática da violência de gênero, além de implantar novas modalidades de atendimento para as mulheres a fim de promover os seus direitos.

Compartilhamos da posição de Ávila (2002) acerca da relação entre transformação social e direitos de cidadania:

> O que quero salientar aqui é a relação entre indivíduos e transformação social como questão permanente na redefinição da organização da vida social, a qual exige sempre a presença de sujeitos e/ou atores. O movimento de mulheres – assim como outros movimentos sociais – tem construído teias de organizações que perpassam o dia-a-dia das pessoas, tomando as experiências cotidianas de injustiça e de carência como base de reflexão e luta política para sua superação, onde se forjam também novas propostas de ação social. (Ávila, 2002:140.)

Assim, este projeto de notificação é só o começo de uma ação continuada, já que espero que este possibilite um maior envolvimento dos profissionais nessa luta, de modo que eles sejam atores/autores de ações de promoção da cidadania.

Vale lembrar que neste período intensificaram-se as ações voltadas para a prevenção e o combate da violência contra a mulher na cidade de Ribeirão Preto. Em alguns desses projetos o Grupo de Estudos para a Atenção a Vítimas de Violência Doméstica e Agressão Sexual (GEAVIDAS) tem inserido incisivamente, nas discussões dos órgãos de Saúde locais, a importância de dar maior visibilidade às questões de violência e tem conseguido mobilizar várias ações além de fortalecer a rede intersetorial.

Juntamente com o Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do HCFMRP/USP, o GEAVIDAS tem promovido intervenções que visam complementar a formação dos alunos e residentes nos cuidados às vítimas de violência sexual, como o treinamento coordenado pelo Ginecologista Legista da equipe local que abordou o aspecto médico-legal do *Protocolo de Atendimento Terciário às Pessoas Vítimas de Agressão Sexual Estupro, e/ou Sexo Anal e Abuso Sexual*. No que diz respeito à questão do suporte institucional ao profissional que atende casos de violência, a equipe de Psicologia, da qual sou voluntária, está estruturando grupos de supervisão e discussão de casos que serão implementados inicialmente dentro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina – USP/RP.

O GEAVIDAS iniciou a implantação de um projeto piloto de notificação de violência contra mulheres adultas, crianças, adolescentes, idosos e deficientes físicos e mentais nos Serviços de Saúde locais de atendimento primário e secundário do qual participei na fase de planejamento e adaptação do Protocolo de Notificação. Posteriormente será iniciada a capacitação dos profissionais indicados pelos serviços

que serão responsáveis pelo protocolo e se tornarão agentes multiplicadores da capacitação.

Junto aos Serviços da Rede Intersetorial - constituída por Serviços de Saúde do Município, Órgãos de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos Tutelares, Secretaria de Segurança Pública, Secretaria da Educação, Universidades, Organizações não-Governamentais que atuam na área de violência, entre outros - foi promovida em maio/2003 a primeira *Atualização em Intervenções para Assistência Humanizada às Vítimas de Violência*, onde representei a equipe de Psicologia discorrendo sobre a temática *Assistência Humanizada e o Compromisso dos Profissionais de Saúde*. No evento, foi possível notar o quanto a questão da violência já se tornou rotina nos diferentes serviços e esferas sociais e o quanto os profissionais ainda se sentem despreparados para lidar com a situação.

Então volto a reafirmar que precisamos planejar ações que dêem suporte a esses profissionais para que possam desempenhar o seu papel na luta contra a violência. Capacitações, supervisões e políticas bem definidas podem vir a ser muito útil para que a articulação entre gênero e saúde não seja somente fonte de angústias, mas se torne uma nova frente de trabalho, fortalecendo a possibilidade de um atendimento integral à saúde da mulher.

6 - Bibliografia

Agudelo, S.F.(1990). La Violencia: um problema de la salud pública que se agrava en la región. *Boletin Epidemiologico de la OPS*, 11:01-07.

Angulo-Tuesta, A.J.(1997) *Gênero e Violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde*. Dissertação de Mestrado.UFRJ.

Aragaki, S.S. (2001) *O psicológico na medicina: um estudo sobre os usos dos repertórios interpretativos de 'psicológico'nos discursos da medicina ocidental oficial*.Dissertação de Mestrado. PUC/SP: São Paulo.

Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática.(1984) Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília.

Ávila M.B.; (2002) Cidadania, direitos humanos e direitos das mulheres In: Bruschini, C.; Unbehaum, S (org) *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: FCC/Editora 34

Bourdieu, Pierre (1998) *A Dominação Masculina*.(trad.Maria Helena Kühner) 2ª ed. RJ: Bertrand Brasil.

Brigagão,J.I.M.;Bueno,E.C.;Figueredo,G.C.;Mello,R.K.M.;Moura,M.;Pedrosa,C.M;Penha, K (1997). Implantação de um programa de prevenção de DST/AIDS em zona de prostituição de Ribeirão Preto. *Anais do 6º Congresso Interamericano de Psicologia*. São Paulo.

Brigagão J.I.M.; Bueno, E.C. Pedrosa, C.M (1997) As Profissionais do sexo frente às doenças sexualmente transmissíveis.*Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. V Congresso Paulista de Saúde Pública*, Águas de Lindóia - SP.

Camargo. M. (1998) *Novas Políticas Públicas de combate à violência*. Novas Políticas. Rio Grande do Sul.

Canguilhem, G. (1995) *O Normal e o Patológico*. RJ: Forense Universitária.

Conselho Federal de Psicologia. Site www.crp.org.br, (acessado em 15 de janeiro de 2001).

Cordeiro, R,L,M. (1995) *Apanhar dói e machuca: as ambivalências das mulheres sobre violência de gênero*. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social.

Davies, B. & Harré.R (1990) Positioning: The discursive production of selves. *Journal for the teory of social behaviour*, 20(1),43-63.

Deslandes, S.F.; Gomes,R.; Silva,C.M.F.P. (1998) Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16 (1):129-137, jan-mar.

Domènech, M.; Ibáñez, T. (1998) La Psicologia Social como Crítica. In: Anthropos 177: 13-21.

Edwards, D. & Potter, J. (1992) *Discursive Psychology*. London: Sage.

Folha de São Paulo, 1999 – TVER, São Paulo, 06 março: www.folhaonline.com.br (acessado em 20 de maio de 2002)

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP),1999.Notícias Fapesp, São Paulo, n.39, jan./fev.

Gergen, K. (1985) The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. Em American Psychologist, 40 (3), 266-275.

Gergen, K. (1994) El Puento Muerto del Conocimiento Individual. In: Realidades y Relaciones: aproximaciones a la construcción social. Barcelona: Paidos, 89-123.

Gregori, M.F. (1993) Cenas e Queixas. SP: Paz e Terra/ ANPOCS.

Grossi, M.P. (1991) Vítimas ou Cúmplices. Dos diferentes caminhos da produção acadêmica sobre violência contra a mulher. *Encontro Anual da Associação Nacional de Pós Graduação em Ciências Sociais*, 15; Caxambú. GT Relações de Gênero. Caxambu (Mimeo).

Grossi, M.P. (1998) Novas/Velhas violências contra a mulher no Brasil. *Revista de Estudos Feministas*. RJ, CIEC/UFRJ, v.2, número especial, p473-483.

Heise L. (1994) Violência de Gênero. *Cad. de Saúde Pública*;; vol.10: (Supl.I)145-55.

Ibañez, T. (1994a) La Construction del Conocimento desde una Perspectiva Socioconstrucionista. In Montero, M. (org) *Conocimento*, *Realidad y Ideologia.* Venezuela: Avepso 6.

Ibañez, T (1994b) La Psicología Social como Dispositivo Desconstruccionista. In *Psicología Social Construccionista*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, 217-243.

Iñiguez , L.; Antaki, C. (1994). El Análisis del Discurso en Psicología Social. In: *Boletín de Psicología*, 44:55-75

Lauretis, Teresa de (1987) The Technology of Gender. In: Laurestis, T. *Technologies of Gender*. Bloomington/Indianapolis: Indiana University Press

Luz, M.T. (1999) Homeopatia, Medicina e Arte de Curar. In: Aragaki, S.S. (2001) *O psicológico na medicina: um estudo sobre os usos dos repertórios interpretativos de 'psicológico'nos discursos da medicina ocidental oficial.PUC/SP: São Paulo.*

Minayo, M.C.S. (1994) A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10(supl.1):07-18.

Ministério da Saúde, 2003. site: www.saude.org.br.

Morais, M. L. Q. (1985) *Mulheres em movimento.*, Editora Nobel/ Conselho Estadual da Condição Feminina: pág:28,29, SP.

Norma Técnica do Ministério da Saúde para a "Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes" (1998) site do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br.

Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS (1993*) Resolução XIX:Violência e Saúde.* Washington, DC: OPAS.

Organização Mundial de Saúde – OMS (2000) site: www.oms.org

PAISM, 1984. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. *Bases de Ação Programática. Ministério da Saúde.* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

Pedrosa, C.M.; Valle, E.R.M. *(*1998). *Irmão de criança com câncer – O Olhar dos pais.* Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. FAPESP (Pesquisa de Iniciação Científica-)

Pedrosa, C.M.; Valle E.R.M. (2000) Ser irmão de criança com câncer – estudo compreensivo**.** *Revista de Pediatria* (São Paulo). v.22,(2). FAPESP.

Pedrosa, C. M (2000) Violência contra a mulher – análise de documentos jurídicos. *VIII Encontro Regional de Psicologia Social. ABRAPSO. UNIMEP.*

Pedrosa, C.M. (2001) *João e seu irmão*. Livro Interativo. Ribeirão Preto. ABRACCIA/FAPESP.

Potter, J.; Wetherell, M. (1987) Discourse and social psychology: beyond attitudes and behaviour. London: Sage Publications.

Programas e Subprogramas Assistenciais da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, 1978. Secretaria Estadual da Saúde. Campinas*:SES/SP*

Projeto: Implantação do Serviço de Atendimento aos casos de Violência Doméstica - Relato sobre a experiência no Hospital Pérola Byington (2000) União de Mulheres de São Paulo. SP.

Protocolo de Atendimento Terciário às Pessoas Vítimas de Agressão Sexual. (1999) GEAVIDAS - Grupo de Estudos Para Atenção À Vítimas de Violência Doméstica e Agressão Sexual. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP.

Protocolo de Violência Doméstica, 2001. in *Violência contra a mulher: Um novo olhar*. Casa de Cultura da Mulher Negra 1ª edição.

Protocolo: Considerações e orientações para atendimento à mulher em situação de violência na rede pública de saúde . Grupo de Trabalho 'A violência contra a mulher é também uma questão de saúde pública' - *Jornal da Rede Saúde* no:19; nov/1999.

Saffiotti, H.I. ; Almeida, S. (1992) Epistemologia, Estado e Políticas Públicas Dirigidas à Mulher. *Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais*, p16. Caxambu. GT Relações de Gênero, Caxambu.

Saffioti, H.I.B (1994) Violência de Gênero no Brasil Contemporâneo, In Saffioti, H.I.B.; Munhoz-Vargas, M.(org) *Mulher brasileira é assim*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, NIPAS.

Saffioti, H.I.B (1997) No fio da navalha: Violência contra criança e adolescente no Brasil atual. In: *Quem mandou nascer mulher ? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil*. (F.R.Madeira, org), pp.135-211, Rio de janeiro: Editora Record/ Rosa dos Tempos.

Saffioti, H.I.B. (1997) Violência de Gênero – lugar da práxis na construção da subjetividade, *Lutas Sociais*, Nº 2, PUC/SP, p. 59-79.

Saffioti, H.I.B (1999) Já se mete a colher em briga de marido e mulher, *São Paulo em Perspectiva*, Revista da Fundação SEADE, São Paulo, Vol. 13/Nº 4, p. 82-91.

Saffioti, H.I.B (2002) Violência contra mulher e violência doméstica In: Bruschini, C.; Unbehaum, S (org) *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: FCC/Editora 34

Scraiber, L.B.; D'Oliveira, A.F.L.P. (1999-a) Violência contra mulheres: Interfaces com a saúde. Interface, Comunicação, Educação, vol3, n.5.

Scraiber, L.B.; D'Oliveira, A.F.L.P. (1999-b) Violência de Gênero, Saúde Reprodutiva e Serviços, In Giffin K, CostaS, Eds Questões de Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro: EN-FIOCRUZ.

Schraiber, L.B; d'Oliveira , A.F.P.L.(coord) Violência Contra Mulher e Saúde no Brasil- Estudo Multipaíses da OMS Sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica - Departamento de Medicina Preventiva da FM/USP. – Material de divulgação. www.mulheres.org.br

Scott, J. (1989) Gênero: Uma categoria Útil para Análise Histórica. *SOS CORPO*: Recife.

Silva, M.V. Violência contra a mulher: Quem mete a colher? (1992) São Paulo: Cortez,

Shotter, J. (1994) *Cultural Politics of Everyday Life*. Buckingham: Open University Press.

Sohiet, Rachel (1989) *Condição Feminina e Formas de Violência – mulheres pobres e ordem urbana 1890-1920*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária Ltda

Spink, M.J.P (1994) O conhecimento no cotidiano - As representações sociais na perspectiva da Psicologia Social. São Paulo: Editora Brasiliense.

Spink, M.J.P. (1999) *Prática Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez.

Spink, M.J.P. & Frezza, R.M. (1999) Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: Spink, M.J.P.(org) *Prática Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez.

Spink, M.J.P.& Medrado, B. (1999) Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink, M.J.P.(org) *Prática Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez.

Tavares, D.M.C. (2000) *Violência doméstica:uma questão de Saúde Pública*. Dissertação de Mestrado.Faculdade de Saúde Pública/USP: São Paulo.

Villela. W. V.(1999) Num país tropical, do sexo que se faz ao sexo do qual se fala. In: Galvão, L., Díaz, J. (org) *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Population Council.

VI Fórum de atendimento integral à mulher vítima de violência sexual (2001) Relatório Final Org Faúndes, A; Leocádio, Andalaft Neto; J.E. ***São Paulo,*** (mimeo)

7 – Anexos

This document was created with Win2PDF available at http://www.daneprairie.com.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.