

A violência de gênero na concepção dos profissionais de saúde da Atenção Básica

The violence of gender from the standpoint of health professionals of Basic Attention

Luana Rodrigues de Almeida¹, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva², Cesar Cavalcanti da Silva³, Jackeline Abílio de Sousa⁴, Kerle Dayana Tavares de Lucena⁵

¹ Mestranda em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).
luanaralmeida@hotmail.com

² Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP); Professora do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria (CCS/UFPB); Professora do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde do Centro de Ciências Exatas e da Natureza (CCEN) da UFPB; Professora do Doutorado Interinstitucional (Dinter) entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) e a UFPB. anatmc8@yahoo.com.br

³ Doutor em Enfermagem pela USP; Coordenador Operacional no Nordeste do Programa de Doutorado Interinstitucional (Dinter) entre a ENSP/FIOCRUZ e UFPB (Instituição Receptora) além da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) e Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) (Instituições Associadas).
profccs@yahoo.com.br

⁴ Mestranda em Modelos de Decisão e Saúde pela UFPB.
jackelineabilio@hotmail.com

⁵ Mestre em Modelos de Decisão e Saúde pela UFPB; Professora da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB).
kerledayana@hotmail.com

RESUMO Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, com a finalidade de identificar e analisar as concepções que norteiam as práticas dos profissionais de uma equipe de Saúde da Família, em João Pessoa (PB), acerca da violência de gênero. O material empírico foi produzido por meio de entrevistas com profissionais, cujos discursos foram analisados segundo a proposta de Fiorin. Evidenciou-se a invisibilidade da violência como um problema de saúde no serviço, o que pode contribuir para o desenvolvimento de práticas profissionais sem potencial para a emancipação de gênero. Ressaltamos a necessidade de mudanças e reorientação dos processos de trabalho na atenção à mulher em situação de violência.

PALAVRAS-CHAVE: Violência contra a mulher; Gênero; Processos de trabalho em saúde.

ABSTRACT This is a descriptive qualitative study in order to identify and analyze the concepts that guide the practices of a team of Family Health, in João Pessoa (PB), about gender violence. The empirical material was produced through interviews with professionals, whose speeches were analyzed according to the proposed by Fiorin. It was evidenced the invisibility of violence as a health problem in the service, which may contribute to the development of professional practices with no potential for gender emancipation. We emphasize the need for change and reorientation of work processes in attention to women in situations of violence.

KEYWORDS: Violence against women; Gender; Work processes health.

Introdução

A violência e suas repercussões vêm sendo amplamente discutidas no âmbito da saúde nesta última década, sendo consideradas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como atos que resultam em danos à saúde de suas vítimas (OMS, 2002).

Dentre os tipos de violência, aquela praticada contra a mulher por parceiros assume um enfoque diferenciado visto que o agressor é alguém que compartilha com a vítima relações íntimas e familiares, e é o ambiente doméstico o local da sua execução.

A conceituação da violência contra a mulher vem evoluindo desde os anos de 1950, de acordo com o tipo de agressor, o local onde ocorre e as relações que permeiam o evento. Na metade do século XX, o fenômeno foi designado como violência intrafamiliar, considerando um amplo leque de possíveis agressores, ligados por vínculos familiares. Vinte anos após, diante da relevância dos casos de violência física, sexual e psicológica praticada por parceiros íntimos, a violência passou a ser nomeada como violência contra a mulher. Nos anos de 1980, foi denominada como violência doméstica, trazendo para o domicílio e para a vida social toda a trama de eventos violentos, sendo percebida muitas vezes como algo normal. Por fim, na década de 90, também no século XX, os estudos passam a tratar as relações de poder entre os sexos, em que a mulher, em qualquer faixa etária, é submetida e subjugada, passando assim a ser usado o termo violência de gênero (BRASIL, 2010). Portanto, nos referimos à violência de gênero como aquela que considera a existência de relações desiguais de poder nos diversos cenários sociais, porém é na família e nos serviços de saúde que essas ficam mais evidentes.

Paralelamente a esse processo do reconhecimento da violência contra a mulher, ocorre a inclusão do assunto nos interesses, nas estratégias e na agenda internacional do campo da Saúde. Antes exclusivamente um assunto jurídico e policial, a violência de gênero também adentrou os campos dos Direitos Humanos e do Desenvolvimento Social.

No Brasil, o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) proporcionou novas concepções do processo saúde-doença, incluindo seu caráter social. Essa nova

concepção social da saúde permitiu que problemas como a violência de gênero passasse a ser tema de estudo e intervenção na área a partir de 1990. Nesse contexto, o conceito de gênero se consolidava internacionalmente como questão de direitos humanos muito embora a violência contra a mulher tenha ganhando crescente atenção desde a década de 1970.

A nova abordagem social do processo saúde-doença da mulher, fruto da incorporação da abordagem de gênero na saúde coletiva, requer um enfoque diferenciado à saúde da mulher na Atenção Básica, considerando o impacto da violência doméstica na saúde de suas vítimas.

Participantes de um estudo intitulado ‘O significado do impacto da violência doméstica na saúde-saúde mental de mulheres Estado da Paraíba’ (SOUZA; SILVA, 2008, 2009) relacionam variada sintomatologia como consequência direta da violência em sua saúde: hipertensão arterial, doenças cardíacas, transtornos da ansiedade, distúrbios do sono e alimentação, depressão, *stress*, acidente vascular encefálico, paralisia facial e comprometimentos da sexualidade. O estudo identificou ainda que a vida social de algumas participantes foi significativamente comprometida pelos traumas gerados pela violência experimentada.

Diante desses agravos, segundo D’Oliveira *et al.* (2009), as mulheres em situação de violência recorrem aos serviços públicos de saúde com uma diferente necessidade de saúde, somente recentemente reconhecida. Suas principais queixas referem-se a distúrbios e patologias físicas e mentais, e quando utilizam os serviços de atenção primária o fazem em decorrência de sofrimentos pouco específicos, referentes a doenças crônicas, agravos à saúde reprodutiva e sexual ou transtornos mentais. Contraditoriamente, essas mulheres recorrem com menos intensidade aos serviços de ações preventivas.

Semelhantemente, Porto (2006) afirma que as mulheres que sofrem violência procuram mais os serviços de saúde, entretanto, apesar de frequente, a busca pelos serviços da Atenção Básica ainda é pouco resolutive, pois os profissionais ainda não identificam e/ou registram a violência nos prontuários como parte da rotina do atendimento, realizando encaminhamentos automáticos e não efetivos, o que demonstra a falta de habilidade e competência para lidar com a situação.

O despreparo dos profissionais da saúde, o desinteresse, a falta de tempo para escutar o paciente durante os atendimentos, a ênfase na lesão e no dano físico, aliados a uma cultura de não intervir em assuntos tidos como restritos ao casal, são tidos como prováveis circunstâncias que causam a não identificação dos casos de violência doméstica no serviço de saúde (GARBIN *et al.*, 2006).

Tais fatores, conforme afirma Guedes (2006), configuram-se como obstáculos e desafios para a plena consecução das políticas e desenvolvimento das práticas assistenciais nos serviços, pois impedem a efetivação da assistência integral e resolutiva a essas mulheres. Disso decorre também a importância de que a violência em si seja valorizada, não apenas a lesão e o dano físico, para descaracterizar a assistência baseada no modelo 'hegemônico, biologicista e cartesiano'.

A não prestação de uma assistência integral e efetiva, segundo Guedes, Silva e Fonseca (2009, p. 626), seria também "a influência das identidades de gênero, impregnadas de estereótipos que designam, para as mulheres, a submissão". Essas identidades podem ser percebidas não apenas nas suas vítimas, que não assumem a violência sofrida, mas também nos profissionais do serviço que negligenciam a situação pela naturalização da opressão feminina na sociedade.

Diante dessa problemática, constatamos que decorridos oito anos do relatório da OMS sobre violência e saúde, o impacto da violência na saúde de mulheres vitimizadas já é do conhecimento dos profissionais de saúde pela magnitude e relevância do problema, entretanto a grande parte deles ainda tem dificuldades em identificar e cuidar das mulheres que vivenciam o fenômeno.

Desvelar a violência no interior dos serviços de saúde é, portanto, fundamental para que a situação possa ser compreendida em seu todo médico e social, e possam ser oferecidas práticas assistenciais adequadas e intersetoriais, como uma das qualidades de um cuidado integral (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009).

O trabalho está subordinado às visões de mundo dos sujeitos que o realizam, influenciando a escolha dos conteúdos, a produção e a aplicação, e dos saberes no cotidiano das práticas profissionais. Assim, o trabalho que qualificará uma atenção efetiva às vítimas da violência

de gênero deve superar saberes e práticas tradicionais que priorizam os princípios do modelo biomédico, com ênfase no tratamento de lesões, negligenciando o sofrimento mental, moral e social das mulheres em situação de violência.

No sentido de uma mudança transformadora da assistência na Atenção Básica para essas mulheres, identificamos a necessidade de investigar as concepções sobre a abordagem de gênero que orientam as práticas profissionais dos processos de trabalho na Atenção Básica por ocasião do atendimento a mulheres vítimas de violência de gênero, quando elas recorrem aos cuidados daquela equipe, visto que o cuidado integral e resolutivo só ocorrerá por meio de um trabalho voltado para a emancipação das mulheres da opressão de gênero, porque as fortalece enquanto sujeitos sociais.

Procedimentos metodológicos

Trata-se do desdobramento do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado 'Atenção a mulheres vítimas de violência doméstica: o trabalho das práticas profissionais na Atenção Básica'.

Por meio da abordagem qualitativa, buscou-se apreender o significado cultural e ideológico da violência de gênero para os profissionais de uma Equipe de Saúde da Família, arguindo-os sobre as concepções que orientam o processo de trabalho na atenção dispensada a mulheres vítimas de violência doméstica.

O cenário de estudo foi uma Estratégia de Saúde da Família, ESF Riacho Doce, localizada em João Pessoa (PB), que tem cadastrada cerca de 900 famílias. A escolha desse cenário deve-se a sua condição de mecanismo para reorientação do modelo assistencial em saúde, de que decorre a importância de se investigar os saberes que orientam as práticas profissionais na atenção à mulher em situação de violência doméstica na nova perspectiva paradigmática.

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais da ESF, local do estudo. A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de consultório dentário (ACD), sete agentes comunitários de saúde (ACSs) e uma marcadora de consultas. Tais profissionais foram

entrevistados ao longo de um mês, a partir de um roteiro de entrevistas semiestruturado.

Utilizamos como fonte do material empírico os depoimentos dos profissionais da unidade acerca de suas concepções (saberes) a respeito da violência doméstica e a assistência prestada a mulheres que procuram o serviço vítimas desse tipo de violência, no sentido de investigar a assistência prestada de acordo com os seus discursos.

Os depoimentos foram gravados e imediatamente transcritos em sua íntegra e analisados pela técnica de análise de discurso proposta por Fiorin e Saviolli (1999).

Após leituras dos textos, obtidos com as entrevistadas, foi feito o recorte de trechos cujos temas abordados orientaram a construção de categorias, considerando o objeto e o objetivo desse estudo: 1) a gênese da violência contra a mulher: problemas socioeconômicos e crise das relações de gênero; 2) a abstração da responsabilização pela desigualdade de gênero; 3) a fragilização do sexo feminino.

Esse estudo atendeu à Resolução nº 196/96 do CNS/MS que dispõe e regulamenta a ética da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, sob protocolo de número 435/09, iniciamos a investigação na Unidade de Saúde, cenário de estudo.

Análise e discussão dos dados

A gênese da violência contra a mulher: problemas socioeconômicos e crise das relações de gênero

Pressupomos que a importância de investigar as concepções sobre a violência de gênero, que se expressam nos discursos dos profissionais, decorre do fato de que tais concepções informam os conceitos e veiculam as posições sociais que norteiam as práticas profissionais, constituindo assim um dos instrumentos do processo de trabalho.

Nesse contexto, arguimos os profissionais entrevistados sobre seus entendimentos a respeito da violência contra a mulher e a compreensão do fenômeno. Entre

as respostas, a condição socioeconômica foi indicada por grande parte dos entrevistados como o principal motivo que leva ao acontecimento desse tipo de violência. Para esses sujeitos, a submissão a tais situações decorre, dentre outros fatores, da dependência econômica da mulher para sustentar a si própria e aos seus filhos, como referido no depoimento do sexto entrevistado:

Uma mulher que se sujeita a violência, tem muitas coisas por trás disso, ela já é muito dependente do marido, não consegue sustentar os filhos dela sozinha. (E 6).

Em pesquisa realizada por Kiss (2008), os profissionais de saúde também atribuíram às causas sociais o motivo da incidência da violência doméstica contra a mulher: o acesso precário à educação, o desemprego generalizado, o uso abusivo de álcool e drogas, os quais remetem à pobreza ou baixa escolarização.

Para Garbin *et al.* (2006), ao citar Langley e Levy (1980), as causas para a violência doméstica podem ser divididas em nove categorias: doença mental, álcool e drogas, aceitação da violência por parte do público, falta de comunicação, sexo, uma autoimagem vulnerável, frustração e mudanças. Nesses casos, a violência é vista pelos agressores como um recurso para resolver tais problemas.

Tal constatação também foi observada nos resultados de uma pesquisa intitulada ‘Incidência, prevalência e frequência da violência doméstica na saúde-saúde mental de mulheres no estado da Paraíba’, cujos dados revelaram que mais da metade das mulheres que denunciam a violência sofrida nas Delegacias da Mulher dos municípios estudados exerce atividades domésticas ou subempregos com baixa remuneração, o que evidencia a prevalência de uma condição financeira precária e, em muitos casos, dependência total da contribuição do companheiro para suprir as despesas domésticas. (LUCENA; SILVA, 2007; ALMEIDA; SILVA 2008, 2009, 2010).

O depoimento seguinte também expressa a questão econômica como forte fator causador desse fenômeno: “Ela se sujeita muito mais a uma violência doméstica [...] por ela ser dependente moralmente e economicamente”. (E 3).

Sobre o tema em pauta, Araújo (2008) afirma que o trabalho remunerado potencialmente aumenta a margem de poder e negociação da mulher dentro da relação (ou da família), mas ela nem sempre faz uso desse poder. A referência de E 3 à 'dependência moral' pode ser elucidativa para a importância do significado cultural que a desigualdade de gênero representa, parecendo suplantando a dependência econômica, pois, ainda segundo Araújo (2008), embora ganhado mais do que seus cônjuges e mantendo a sua casa, muitas mulheres continuam vítimas dos mais diferentes abusos físicos, psicológicos e/ou sexuais.

O uso de drogas ilícitas e do álcool, além do ciúme e do próprio caráter do agressor, também foram referidos como fatores contribuintes para o desencadeamento de episódios violentos no interior da vida conjugal. No relato que se segue, essa ideia se expressa:

A bebida, o ciúme, às vezes ser ruim mesmo, é da índole mesmo do ser humano, acha que só vai ficar bem se espancar aquela mulher, às vezes a própria condição financeira leva a isso. (E 11).

Ratificando as afirmações supracitadas, Araújo (2008) defende a existência de outros motivos importantes, causadores da violência, além dos problemas financeiros. Em 69% dos casos a violência decorre de discussões motivadas por ciúme, ameaça de separação e questões relacionadas aos filhos. O alcoolismo e o distúrbio mental também aparecem como motivos, embora em menor incidência. Apesar dessas considerações, de acordo com a autora referida, o fator realmente preponderante é a desigualdade da relação de poder existente entre os sexos, que produz a desigualdade de gênero.

Também se contrapondo a essa concepção da gênese socioeconômica da violência, Garbin *et al.* (2006) defende o fato de que a violência não é decorrente das condições sociais ou das privações dos sentidos, mas que na verdade esses fatores atuam como condições precipitantes para a sua revelação.

Nesse mesmo sentido, Schraiber *et al.* (2005) defendem a ideia de que tais contextos, como abuso de álcool e drogas, problemas financeiros, ciúmes excessivo e características pessoais do agressor, não são motivos

causadores da violência, mas sim potencializadores de situações violentas, ao contrário do que pensam muitas pessoas que buscam explicar e definir um perfil permanente de ocasiões e de homens que agredem suas parceiras, quando o que ocorre de fato é a eclosão da tensão existente no lar decorrente de uma instabilidade nas relações interpessoais entre o casal.

O conflito na relação entre o casal assume uma configuração de 'crise das relações de gênero' em que a violência é utilizada na tentativa de restaurar antigas posições sociais perdidas com a emancipação feminina. Essa mudança social traz experiências novas e difíceis de serem vividas pelo homem. Toda essa tensão decorre do processo de "construção dinâmica do ser homem ou mulher", ou seja, "o que se pretende ser/viver e o que está se realizando pode gerar situações de conflito nas relações entre homens e mulheres" e culminar em violência (SCHRAIBER *et al.*, 2005, p. 17; 69).

Entretanto, os profissionais entrevistados não pactuam com o entendimento supracitado, atribuindo às causas sociais e econômicas o motivo da incidência da violência contra a mulher. Tal fato dificulta a percepção do problema e, por conseguinte, seu enfrentamento no serviço.

A abstração da responsabilização pela desigualdade de gênero

Os profissionais de saúde atribuem às questões sociais e econômicas as causas para a violência e por isso fazem alusão a soluções remetidas a aspectos sociais e culturais, excluindo as responsabilidades do campo da prática profissional e aludindo a esferas governamentais mais abstratas. A responsabilização das autoridades e gestores mais distantes é, portanto, um dos temas mais presentes nos depoimentos dos entrevistados:

A violência é evitável quando as autoridades entenderem que é preciso tomar providências cabíveis em todos os sentidos. (E 5).

A violência é um fenômeno social e sua existência deve ter o reconhecimento da sociedade e ser de interesse público para a sua resolução. Por esse motivo, compreendemos a necessidade de políticas públicas de saúde da

mulher na perspectiva de gênero e ressaltamos a importância do envolvimento dos gestores nesse sentido, visto que intervenções nessa área correspondem a atividades do âmbito governamental e de gestão. Contudo, é na ponta, nos serviços públicos de saúde, que essa intenção se realiza como prática profissional.

Portanto, para a efetivação de um trabalho em saúde com potencial emancipatório da opressão de gênero, além do aspecto técnico, o profissional precisa ter uma formação de caráter político, o que implica um posicionamento sobre as questões de gênero. A mera responsabilização de poderes abstratos pode eximi-lo da responsabilidade de atuar buscando transformação naquela realidade, que, de fato, como serviço público de saúde, é a última instância para a efetivação da intenção das políticas, ou seja, é o lugar de sua concretização, mas, contraditoriamente, o profissional, talvez para não se sentir individualmente responsabilizado, remete o interlocutor a um nível de abstração mais distante de si.

O posicionamento político e o conhecimento aprofundado nas questões de gênero correspondem a um dos eixos do instrumento de trabalho. Paro *apud* Silva (2003) afirma que, além dos instrumentos materiais, o ser humano faz uso dos recursos conceptuais que correspondem aos conhecimentos, saberes e técnicas que ele acumulou historicamente e que aplica como instrumento na racionalização do trabalho. Assim, o saber instrumental e o saber político orientam os processos de trabalho, razão pela qual destacamos a importância da adequação desse saber à finalidade do trabalho pretendida.

A fragilização do sexo feminino

Apesar da multicausalidade atribuída à violência, os depoimentos e a literatura sobre o assunto afirmam que a mulher sucumbe à violência de gênero não só por uma dependência econômica, mas principalmente por uma dependência 'moral' e afetiva, que nos remete à construção de uma dominação simbólica. Essa categoria social, além de definir formas de comportamentos masculinos e femininos, é, contraditoriamente, explicada com base em argumentos da esfera da área biológica, fazendo com que se manifestem estruturas mentais que incorporam subjetivamente imagens comportamentais, de modo que o homem é 'naturalmente' forte e dominador, e a mulher é 'naturalmente' frágil e submissa.

Essa ideação da desigualdade entre os gêneros e a manifestação do poder masculino na forma de violência também é identificada pelos entrevistados como umas das causas da violência doméstica contra a mulher. Apesar de discursos contraditórios em que ora se responsabilizava a mulher pela violência sofrida, ora se culpava o contexto social e as autoridades, a questão de gênero, embora não definida, não deixou de ser destacada.

A desigualdade entre os gêneros foi mencionada em alguns depoimentos confundida com a desigualdade entre os sexos, sendo, nesses relatos, apenas a questão biológica referida como causadora da disparidade que permitia a violência.

A mulher por si só, ela é um sexo frágil. Ela de acordo com o físico dela é mais frágil que um homem. (E 7).

Para o senso comum, a violência está naturalmente associada ao sexo masculino por questões genéticas ou hormonais capazes de conferir maior agressividade aos homens. Essa diferença favorece a compreensão de uma supremacia da força física do homem sobre a mulher como tema frequente quando tratamos de violência.

Schraiber *et al.* (2005) afirmam que essa confusão entre ter força física e ser violento simplifica e dificulta qualquer forma de intervenção, pois tratar-se de uma explicação 'naturalizadora', ou seja, relacionar força com violência desconsidera a violência como criação sociocultural, naturalizando esse fenômeno, uma vez que atribui a ele causas naturais e, portanto, aceitáveis. Com isso, a mulher deve 'aceitar' e entender como natural essa característica masculina de força, logo de agressividade e violência, e nesse sentido evitar tensões que possam gerar conflitos e situações de violência visto que ela é um ser em desvantagem nessa relação, como afirma o depoimento a seguir:

Eu acho que é uma covardia, porque o homem naturalmente sabe que ele é mais forte do que a mulher. A mulher vai sempre estar em desvantagem em relação ao homem. (E 11).

Por sua vez, outros depoimentos evidenciaram a presença da desigualdade entre os gêneros, considerando a violência como a manifestação de relações de poder entre homens e mulheres, nas quais o homem detém a força e a dominação, e a mulher submete-se a tal situação originada em tempos passados e perpetuada ao longo dos anos por uma cultura machista que influencia a sociedade e instituições como igrejas, escolas, entre outras.

Mas desde que mundo é mundo, vem passando de pai pra filho, que quem manda é o homem... cada dia pior. (E 6).

A submissão feminina é algo historicamente construído e legitimado pela sociedade e suas instituições, o que naturaliza essa opressão, fazendo com que a violência de tão incidente passe a ser vista como algo comum, natural.

Machado (2003) faz um relato das posições femininas evidenciando a evolução da submissão feminina de acordo com o momento histórico. A autora destaca a predominância da figura da mulher ligada à natureza, à contingência biológica, enquanto o homem tem sua imagem e vida voltadas à vida pública e aos saberes técnicos e culturais. Para essa autora, a subserviência da mulher foi, em todos os momentos históricos, respaldada pela religião, filosofia e teologia – instituições –, tanto no mundo antigo como no moderno, estruturando-se e propagando-se mitos, superstições e preconceitos capazes de reduzir as mulheres à passividade e submissão.

Para Chauí (2006), a construção ideológica da natureza frágil e submissa da mulher e sua permanência ao longo da história fizeram com que a mulher fosse sempre ligada ao mundo biológico da procriação e da sensibilidade, e mesmo os avanços do mundo moderno não foram capazes de desconstruir esse ideário machista incorporado por toda a sociedade em todos os tempos.

Nesse enfoque, a violência concretiza-se diante de uma relação ‘naturalmente’ desigual, compreendida apenas como polos de poderes antagônicos: de um lado a parte sensível, submissa e frágil; do outro, o homem, biologicamente favorecido pela força que lhe permite a dominação, pensamento mantido ainda na atualidade apesar das mudanças sociais, na cultura e no direito.

Conclusão

Ao questionarmos profissionais de um Serviço de Atenção Básica sobre a violência contra a mulher e a assistência prestada a essas mulheres, conseguimos visualizar discursos que veiculam as posições sociais nos conteúdos que constituem as concepções que norteiam o trabalho das práticas profissionais em saúde na atenção à mulher em situação de violência.

As causas para a invisibilidade da violência nos serviços puderam ser identificadas nos depoimentos dos profissionais a respeito das suas concepções sobre a violência contra a mulher. O entendimento de que a violência refere-se a problemas socioeconômicos remeteu a um discurso de ‘desresponsabilização’ pelo problema. Os profissionais de saúde entrevistados consideram que as intervenções necessárias são de responsabilidade dos gestores, que elaboram e executam as políticas públicas de saúde e, portanto, detêm as condições para intervir e solucionar o problema.

O tangenciamento dos profissionais ao atribuir ao âmbito governamental a responsabilidade de enfrentamento do fenômeno leva-nos a defender o argumento de que a elaboração e a execução de políticas públicas são, de fato, atividades da esfera governamental; contudo, uma vez que os serviços públicos de saúde são parte do âmbito governamental, é exatamente nessa instância que as políticas devem se realizar. Disso decorre a importância da atuação profissional da equipe de saúde nessa instância, pois é na ponta, nos serviços públicos de saúde, que as políticas públicas se concretizam em ações, a partir da prática profissional, por meio dos processos de trabalho emancipatórios ou conservadores.

Portanto, para um trabalho em saúde da mulher com potencial emancipatório da opressão de gênero, além do aspecto técnico, o profissional precisa ter também uma formação de caráter político. Isso implica um posicionamento sobre as questões de gênero e não apenas o trabalho técnico no enfoque biomédico e/ou a mera responsabilização de poderes abstratos, o que no momento os exime da responsabilidade de atuar e buscar transformação na realidade imediata, mais concreta.

A violência contra a mulher precisa ser entendida no serviço como uma construção de relações sociais que

resultou na desigualdade de gênero, categoria que tem potencial para aniquilar a vida de suas vítimas e, portanto, se situa como uma necessidade em saúde dentro do serviço, não só diante da confissão de casos ou presença de danos físicos evidentes, mas na presença de qualquer manifestação de poder e domínio do homem sobre a mulher, o que sugere relações violentas no interior das relações conjugais daquelas mulheres.

O enfrentamento da violência de gênero no interior dos serviços requer também o desenvolvimento de um agir ético com escuta qualificada e orientações em saúde,

o estabelecimento do vínculo e da responsabilização, a valorização do processo saúde-doença na sua interface social, privilegiando não apenas o adoecimento, mas o contexto de vida das mulheres em situação de violência de gênero. Portanto, a atenção à saúde da mulher por meio de um trabalho profissional com potencial emancipatório da opressão de gênero pressupõe a capacitação dos profissionais para viabilizar o empoderamento de mulheres que buscam os cuidados daqueles profissionais, pois essa atividade profissional implica um conhecimento mais aprofundado da complexidade que envolve o fenômeno. ■

Referências

- ALMEIDA, L. R.; SILVA, A. T. M. C. *Incidência, prevalência e frequência da violência doméstica na saúde-saúde mental de mulheres no Estado da Paraíba*. Relatório final [PIBIC-CNPq]. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008-2010.
- ARAÚJO, M. F. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. *Psicologia para a América Latina*. Disponível em: <http://pepsic.bvs.psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 mai 2010.
- BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 24 de novembro de 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 10 de outubro de 1996.
- _____. Ministério da Saúde. O que é a violência contra a mulher? *Portal Saúde*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33903>. Acesso em: 30 abr 2010.
- CHAUÍ, M. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo: Moderna, 2006.
- D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, 2009, p. 1037-1050. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 abr 2010.
- FIORIN, J. L.; SAVIOLLI, F. P. *Para entender o texto: leitura e redação*. 15. ed. São Paulo: Ática, 1999.
- GARBIN, C. A. S. et al. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n.12, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006001200007&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 abr 2010.
- GUEDES, R. N. *Violência conjugal*: Problematizando a opressão das mulheres vitimizadas sob o olhar de gênero. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.
- GUEDES, R. N.; SILVA, A. T. M. C.; FONSECA, R. M. G. S. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v.13, n. 3, 2009, p. 625-631.
- KISS, L. B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. Abrasco. n. 50, 2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2407>. Acesso em: 05 mai 2010.
- LUCENA, K. D. T.; SILVA, A. T. M. C. *Incidência, prevalência e frequência da violência doméstica na saúde-saúde mental de mulheres no Estado da Paraíba*. Relatório final [PIBIC-CNPq]. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.
- MACHADO, O. M. Mulheres: códigos legais e códigos sociais – o papel dos direitos e os direitos do papel. In: HESKETH M.A.I. *Cidadania da mulher: uma questão de justiça*. Brasília: OAB Editora, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório mundial sobre violência e saúde*, Genebra, 2002.
- PORTO, M. Violência contra a mulher e atendimento psicológico: o que pensam os/as gestores/as municipais do SUS. *Psicologia: Ciência*

e Profissão, Brasília, v.26, n.3, 2006, p. 426-439. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 abr 2010.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: UNESP, 2005, 183 p.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Comunicação, Saúde, Educação*, v.3, n.5, 1999, p. 11-26.

SILVA, A. T. M. C. *A reforma psiquiátrica em João Pessoa-PB: limites e possibilidades de transformação do trabalho para produzir*

saúde mental. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SOUZA, J. A.; SILVA, A. T. M. C. *O significado do impacto da violência doméstica na saúde-saúde mental de mulheres Estado da Paraíba*. Relatório final [PIBIC-CNPq]. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008, 2009.

Recebido para publicação em Dezembro/2010

Versão definitiva em Junho/2011

Conflito de interesse: Inexistente

Suporte financeiro: CAPES