

VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE SERVIÇOS PÚBLICOS

Tatiana Machiavelli Carmo Souza

Universidade Federal de Goiás

Fernanda Ferreira Rezende

Universidade Federal de Goiás

Resumo

A violência contra a mulher decorre da desigualdade de gênero e acarreta danos psicológicos, físicos, morais, patrimoniais e sexuais. Apesar da alta prevalência, ela ainda é pouco identificada nos serviços de saúde, constituindo-se em um problema para a efetivação de políticas públicas de enfrentamento da violência. O estudo investigou as concepções e práticas de profissionais de saúde acerca do fenômeno da violência contra mulher. Foi realizado estudo qualitativo, cuja amostra foi composta por 9 participantes (três médicas, três enfermeiras e três psicólogas) que atendiam mulheres nas unidades públicas de saúde de Jataí/GO. Para a obtenção de dados, foi utilizada entrevista individual e semiestruturada. Os dados foram interpretados à luz da análise de conteúdo. Averiguou-se fragilidades teórico-metodológicas das profissionais sobre a temática da violência contra a mulher, bem como dificuldades nas ações de prevenção, acolhimento e notificação dos serviços de saúde.

Palavras-chave: violência de gênero; políticas públicas; saúde pública.

VIOLENCE AGAINST WOMEN: CONCEPTIONS AND PRACTICES OF PUBLIC SERVICE PROFESSIONALS

Abstract

Violence against women stems from gender inequality and leads to psychological, physical, moral, property, and sexual harm. Despite its high prevalence, it is still sub-identified in the health services, what is a problem for the effective implementation of public policies to combat violence. The study investigated the conceptions and practices of health professionals about the phenomenon of violence against women. We carried out a qualitative study, with a sample of nine participants (three doctors, three nurses, and three psychologists) who attend women in public health units of Jataí/GO. To obtain data, we used individual and semi-structured interviews. The data were interpreted with content analysis. It was found theoretical and methodological weaknesses of the professionals on the issue of violence against women, as well as difficulties in prevention, care, and notification of health services.

Keywords: gender violence; public policy; public health.

VIOLENCIA CONTRA MUJERES: CONCEPCIONES Y PRÁCTICAS DE LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO PÚBLICO

Resumen

La violencia contra las mujeres se debe a la desigualdad de género y conduce a la violencia psicológica, física, moral, la propiedad y el daño sexual. A pesar de la alta prevalencia, todavía no se identifica en los servicios de salud, lo que constituye un problema para la aplicación efectiva de las políticas públicas para combatir la violencia. El estudio investigó las concepciones e prácticas de los profesionales de la salud sobre el fenómeno de la violencia contra mujeres. Estudio cualitativo se llevó a cabo, cuya muestra estuvo constituida por 9 participantes (3 médicas, 3 enfermeras y 3 psicólogas) que cumplieron con las mujeres en las unidades de salud pública de Jataí/GO. Para obtener los datos, se utilizó la entrevista individual y semi-estructurada. Los datos fueron interpretados a la luz del análisis de contenido. Se encontró debilidades teóricas y metodológicas de los profesionales en el tema de la violencia contra las mujeres, así como las dificultades en la prevención, la atención y la notificación de los servicios de salud.

Palabras clave: violencia de género; políticas públicas; salud pública.

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno social, presente em todos os lugares e classes sociais. Trata-se da violação dos direitos humanos, atingindo a vida, a saúde, a integridade física e psíquica do ser humano (Hayeck, 2015; Boris, Moreira, & Venâncio, 2011) e também um grave problema de saúde pública (Organização Mundial de Saúde [OMS]; 2010). Uma das várias configurações da violência é a cometida contra as mulheres, referida como atos de violência fundamentados na diferença de gênero, acarretando em danos psicológicos, físicos, morais, patrimoniais e sexuais (Franzoi, Fonseca, & Guedes, 2011).

À violência que surge da superioridade imposta dos homens sobre as mulheres e afeta toda a organização social, convencionou-se chamar violência de gênero, na qual a mulher sofre agressões pelo simples fato de ser mulher (Saliba, Garbin, Garbin, & Dossi, 2007; Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008). É decorrente da relação desigual de poder entre homens e mulheres, fruto de uma sociedade sexista e patriarcal (Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010).

Historicamente, políticas têm sido criadas para erradicar e/ou minimizar o sofrimento das mulheres que estão em contexto de violência. Marco importante para a promoção da emancipação dessa população foi a promulgação da Lei n. 11.340/06 (Lei Maria da Penha) que cria mecanismos para reduzir e prevenir a violência doméstica e familiar contra as mulheres, estabelecendo medidas de assistência e proteção, além de prever penas mais rígidas para os autores de agressão (Baraldi, 2009; Presidência da República do Brasil, 2006).

Outro marco significativo, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011), busca amparar as mulheres em situação de violência por meio de programas nacionais, amplos e articulados, assim como ações dos diversos setores envolvidos com a questão, como a saúde, a segurança pública, a justiça, a educação, a assistência

social, entre outros. Tem o intuito de propor ações que desconstruam as desigualdades e combatam as discriminações de gênero, garantindo às mulheres atendimento qualificado e humanizado.

Com relação à saúde, a Secretaria Nacional de Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que propõe diretrizes para a humanização e qualidade nos atendimentos prestados às mulheres nos equipamentos de saúde (Ministério da Saúde, 2004). Dentre as diretrizes, destaca-se o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) na orientação e capacitação dos profissionais na promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde das mulheres, com foco na perspectiva de gênero e etnia e em consonância com seus direitos. Além disso, o SUS deve atender as mulheres observando o contexto sociocultural, buscando respeitá-las em suas singularidades, sem qualquer tipo de discriminação (Ministério da Saúde, 2004; Ferrante, 2008).

Em diferentes situações sociais, a violência praticada contra as mulheres pode afetar significativamente o processo saúde/doença, portanto, pode ser considerada um problema social que pertence ao âmbito jurídico, à segurança pública, aos movimentos sociais e ao SUS (Minayo, 2006; Franzoi et al., 2011). A atenção a essas mulheres não é específica da saúde, mas sim de vários setores sociais articulados, como as relações interpessoais, as condições de trabalho, a qualidade de vida e de existência. É necessário, ampliar a visão da temática, melhorando a assistência às mulheres em situação de violência, buscando superar os valores sociais impregnados que naturalizam as desigualdades, as opressões e a própria violência.

Narvaz e Koller (2007) salientam que a maioria das disciplinas da área de saúde não contempla a formação e o treinamento necessários aos aspectos relacionados com a violência. Dessa forma, muitas vezes, os profissionais de saúde não estão habilitados a promover atenção que tenha impacto na saúde das mulheres em contexto de violência. Nessa direção, Vieira, Padoin e Landerdahl (2009) assinalam que a visibilidade da violência contra mulher (VCM) e o aumento desses casos nos serviços de saúde vem exigindo, cada vez mais, preparo e conhecimento dos profissionais para melhor assistência resolutiva.

Além da formação, é necessária existência de reação dialógica entre o profissional e a mulher violentada, pois o diálogo é mecanismo significativo para a criação de vínculos, identificação da agressão e possíveis encaminhamentos para os serviços de apoio. É importante ainda que esses profissionais tenham uma escuta sensível e atenta a fim de conhecer a história de vida de cada mulher que busca ajuda.

Ademais, existem dificuldades referentes à notificação dos casos de VCM no Brasil, por exemplo, a escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos, falhas na identificação da violência no serviço de saúde, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de

notificar e o sigilo profissional (Saliba et al., 2007). A VCM tem sido um grande desafio para os gestores do SUS, uma vez que pelo menos um quinto das mulheres sofrem violência doméstica, física ou sexual em algum momento de suas vidas (Ministério da Saúde, 2002; Souto & Kruehl, 2013).

Frequentemente, as mulheres procuram ajuda nos serviços de saúde em consequência de insônia, palpitações, ansiedade ou mesmo perturbações digestivas que podem ser decorrentes da tensão e da violência que as acometem no cotidiano (Ministério da Saúde, 2002). As mulheres em situação de violência procuram os serviços de saúde, mas em grande parte das vezes, não revelam os reais motivos para os profissionais da instituição. A angústia, a depressão e o nervosismo são os principais motivos que as levam a procurarem ajuda, porém não relatam a violência que sofreram ou a situação que vivenciam, dessa forma, os profissionais, buscando apaziguar os sintomas, acabam medicando. Esse fator acontece, também pela falta de informação das mulheres em não saber que os serviços de saúde podem acolher esta demanda (Andrade, 2009).

Nos serviços de saúde pública, uma dimensão importante do atendimento às mulheres em contexto de violência é a intervenção psicossocial. Nesse caso, não basta acolhê-las para a investigação do acontecimento, mas especialmente ajudar a melhorar suas condições de vida e enfrentamento das situações de violência. Usualmente, os serviços de psicologia são tardiamente acionados, por ser recorrente a desistência das mulheres em prosseguir na responsabilização do homem autor de violência dificultando a transformação dessa realidade (Porto, 2006; Siqueira, Jaeger, & Kruehl, 2013).

Nos contextos de VCM, a atuação da psicologia – como parte da equipe de saúde – é essencial no processo de empoderamento das mulheres. Partindo das perspectivas feministas, o empoderamento refere-se ao processo coletivo de conquista da autonomia. Enquanto instrumento e finalidade, o conceito de empoderamento evoca uma transformação social, na qual os mecanismos que sustentam a ordem vigente – o machismo, o patriarcado, a misoginia – sejam suplantados, possibilitando a igualdade de gênero. O empoderamento é uma forma de resistência e, portanto, implica no desenvolvimento de ações sociais (León, 2001; Saldanha Marinho & Gonçalves, 2016).

O papel da psicologia junto à VCM está relacionado tanto à dimensão macrossocial quanto às particularidades de cada mulher. Ou seja, o enfrentamento das violências implica na redistribuição de poder no âmbito das relações desiguais. Nos serviços de saúde, essa redistribuição de poder deve ser pensada em articulação com o território (não somente geográfico, mas também econômico, político, cultural) de vida das usuárias (Gomes et al., 2014; Schraiber, 2012). Essa perspectiva profissional está alicerçada no Código de Ética da Psicologia que prevê intervenções cujo foco tangenciam a promoção da qualidade de vida e saúde, além da eliminação da negligência, da discriminação, da violência, da exploração, da opressão e da crueldade.

A maior visibilidade da VCM no âmbito da saúde demanda mudanças tanto na organização dos serviços quanto no tipo de abordagem utilizado pelos profissionais. A vulnerabilidade das mulheres só é percebida pelo profissional quando o mesmo presta atenção aos eventos, às características e à subjetividade contida nas queixas, comumente recorrentes (Andrade, 2009; Carnassale, 2012). Ademais, as representações dos profissionais sobre as mulheres em contexto de violência estão intimamente ligadas às próprias práticas e experiências no contexto da unidade de saúde. Sendo assim, compreender as percepções dos profissionais de saúde sobre essa temática é importante para poder facilitar a promoção de estratégias de prevenção e enfrentamento dessa realidade social (Cavalcante, Gomes, & Minayo, 2006).

Dessa forma, esse estudo tem como objetivo investigar as concepções e práticas dos profissionais de saúde acerca da VCM, buscando problematizar as práticas e as políticas públicas de enfrentamento desse fenômeno.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi composta por 9 participantes, sendo três psicólogas, três médicas e três enfermeiras. Como critério de inclusão, as participantes deveriam trabalhar em serviços públicos de saúde de um município do sudoeste goiano (Unidades Básicas de Saúde ou Unidade Hospitalar), atender mulheres e serem mulheres. Foi selecionada, por meio de adesão, uma participante de cada área de atuação de 3 serviços de saúde do município. As participantes tinham idade média de 34,44 anos; a maior parte possuía especialização *latu sensu* na área da saúde e uma possuía mestrado, conforme Tabela 1.

Tabela 1.

Caracterização das participantes entrevistadas para obtenção de dados

Profissão	Nome ¹	Idade	Especialização
Enfermeiras	Camila	40	Especialização em Saúde Pública
	Jaqueline	26	Especialização em Nefrologia
	Lorena	28	Especialização em Saúde Pública, Enfermagem do Trabalho e Terminais em Pediatria
Médicas	Catarina	26	Especialização em Endocrinologia
	Maria	34	Clínico Geral
	Yana	28	Clínico Geral
	Amanda	38	Especialização em Psicologia Hospitalar e Gestalt-Terapia. Mestrado em Ciências da Saúde

Psicólogas	Gabriela	35	Especialização em Terapia Intensiva
	Sônia	55	Especialização em Saúde Mental

Nota. ¹Nome fictício, para garantir anonimato das participantes.

Instrumentos

Foram realizadas entrevistas individuais, semiestruturadas, áudio gravadas e transcritas integralmente. Foram desenvolvidas na própria unidade de saúde, local de trabalho das participantes. Cada entrevista teve duração de cerca de uma hora. Os conteúdos contemplavam informações como idade, tempo de formação, formação e atuação profissional, percepção e experiências sobre a VCM.

Procedimentos

O estudo trata-se de um recorte do projeto integrado “Violência, Gênero e Família: Implicações na Psicologia e Sociedade”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Goiás, sob o parecer 556.030. Utilizou-se a abordagem qualitativa, de caráter analítico, pautando-se nos significados, nas visões de mundo, nas ideias e nas percepções que os sujeitos constroem (Minayo, 2000).

As pesquisadoras localizaram as participantes por meio de visita ao serviço de saúde, situação na qual se apresentaram e também o objetivo do estudo. Nesse ínterim, foi feito o convite para a participação e solicitada a anuência por meio de Termo de Compromisso Livre e Esclarecido, enfatizando o caráter voluntário e o compromisso com o sigilo. Foram usados pseudônimos a fim de preservar a identidade das voluntárias.

Para a interpretação dos dados foi utilizada a análise de conteúdo. Este instrumento é importante por conseguir estabelecer comunicação entre as estruturas linguísticas e semânticas e as estruturas sociológicas e psicológicas, ou seja, os conteúdos manifestos desde o primeiro contato com o participante (Ferrante, 2008; Campos, 2004). Inicialmente, foram feitas leituras flutuantes com o intuito de efetivar aproximação com a linguagem e informações presentes nos discursos. No segundo momento, desenvolveu-se subcategorias a partir das similaridades e discrepâncias. Por fim, foram construídas duas categorias a posteriori: a) VCM na ótica das profissionais de saúde e b) práticas e implicações no enfrentamento da VCM.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

VCM na ótica das profissionais de saúde

Conceituar, compreender e identificar o fenômeno da violência é importante para que o profissional tenha condições de lidar com a situação.

Quando indagadas sobre o conceito de VCM, as entrevistadas apontaram os tipos de violência. Nos discursos não havia relação entre a violência e a relação desigual de poder do homem sobre a mulher. Observou-se conhecimentos superficiais a respeito da temática. Borsoi, Brandão e Cavalcanti (2009) salientam que atualmente já existem diversos materiais didáticos, com teorias e orientações sobre o tema, além de treinamentos para os profissionais da área da saúde, embora pareçam não ser recorrentes na realidade pesquisada.

[...] É complicado falar sobre os tipos de VCM, porque tem muitas, mas as que são mais difundidas é a violência física, violência moral, violência patrimonial, violência psicológica e violência sexual [...] (Gabriela, psicóloga).

[...] Tem a violência física, que é quando ou o parceiro ou outra pessoa agride fisicamente a mulher, com tapas, agressões de caráter físico e a psicológica que é através de insultos, xingamentos, ofensas. E ela vem velada, então, muitas vezes ela não é vista como violência e passa despercebida [...] (Catarina, médica).

O entendimento sobre a VCM possibilita aos profissionais de saúde a identificação das usuárias do serviço em situação de risco e auxilia nos processos de educação em saúde, que contribuem para o empoderamento das mulheres. Para a maioria das mulheres, perceber que se está em uma situação de violência é difícil e a negação é comum, agravando a situação da violência (Silva, Coelho, & Caponi, 2007). Nesse sentido, o conhecimento expresso pelas participantes sobre a VCM mostrou-se limitado a questões biológicas e visíveis – como alterações cardiorrespiratórias, tristeza, ansiedade. Essa forma de apreender a violência de gênero pode impactar as intervenções junto às usuárias dos serviços de saúde.

[...] Ela chegou muito chocada, muito chorosa, estava tendo alteração de apetite, alteração de insônia. Basicamente o que acontece: a pessoa começa a ter prejuízos físicos e emocionais também, achando que não ia conseguir mais ter sexo saudável com o parceiro. E a gente foi trabalhando essa questão [...] (Gabriela, psicóloga).

[...] Geralmente são pessoas que tem um sofrimento emocional muito grande e que tem sequelas mesmo, de algum tipo de violência que sofreu do marido ou do namorado ou do pai [...] (Lorena, enfermeira).

Os discursos apontaram que grande parte das mulheres que chegam às unidades de saúde pública para procurar ajuda por terem sofrido violência física, geralmente, já passou por outros tipos de violências, como a psicológica e sexual. O sentimento de vergonha e o medo de revelar a origem de suas lesões são usuais. A vivência da violência provoca múltiplos efeitos, como a depressão, as fobias, a ansiedade, o uso de drogas ilícitas, a insônia, os distúrbios alimentares, o isolamento social e as tentativas de suicídio. Assim, pode-se afirmar que a VCM ocasiona várias consequências negativas que emergem de

forma imediata ou a longo prazo. Entretanto, as consequências da VCM não se esgotam nos prejuízos pessoais sofridos em um episódio de violência.

Embora o que leve as mulheres em situação de violência a procurar uma unidade de saúde possa ser sintomas físicos e emocionais, é necessário reiterar que o trabalho de equipes de saúde é mais amplo do que o tratamento de sintomas. Para além do adoecimento pessoal, os efeitos das violências culminam na pouca participação política das mulheres na sociedade, na dificuldade de acesso a direitos, na reprodução de papéis de gênero estereotipados, dentre tantas outras formas de invisibilidade social (Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação [CEPIA], 2013; Santos, 2015). Portanto, o trabalho de toda a equipe deve partir da consideração da realidade não apenas subjetiva, mas também social e coletiva. Deve levar em conta a produção de uma rede intersetorial que consiga se abrir de modo a permitir que tais mulheres sejam atendidas em suas necessidades que, porventura, se apresentam.

[...] Essa paciente (marido a agredia fisicamente e sexualmente as suas filhas) está com uma depressão tão forte que ela tem dores, atacou a coluna, ela ficou operada, e a gente vê que é puro emocional, assim ela já está há três anos, é a dor do medo, dor de expor os fatos (Sônia, psicóloga).

[...] Às vezes também começa algum problema de saúde, esses problemas pode ser a pressão alta, mas a gente faz o tratamento certo e você vê que não melhora. Então você chega dentro do consultório e precisa também ter um pouco de psicologia, então no começo a gente fala com ela, tenta perguntar se tem algum outro problema fora de sua casa, algum problema com o filho, o marido e às vezes elas começam a chorar] (Yana, médica).

Gadoni-Costa, Zucatti e Dell'aglio (2011) salientam que a VCM pode resultar na fragilidade e vulnerabilidade das mulheres e, conjuntamente, vários efeitos negativos na autoestima e na autoimagem podem se desenvolver. Dessa forma, as mulheres se tornam mais inseguras sobre si e com menos recursos para se proteger. Destaca-se, assim, o quão importante é o papel do profissional que atua diretamente com estas mulheres, visto que serão eles que poderão intervir junto às questões emocionais e físicas, bem como na promoção de ações coletivas e grupais que busquem modificar relações sociais desiguais.

Historicamente, as práticas psicológicas alicerçadas na psicologia clínica tradicional têm se centrado no fortalecimento individual das mulheres, na promoção da autoestima e desenvolvimento da autonomia. Essas práticas, embora importantes, precisam ser problematizadas já que o enfrentamento da VCM transcende ações com públicos isolados e/ou na esfera individual (Hanada, d'Oliveira, & Schraiber, 2010). Usualmente, as práticas dos profissionais de psicologia, bem como de outros profissionais de saúde, como médicos e enfermeiras, voltam-se nos cuidados relativos à saúde mental, a partir de perspectiva individualizada. Essa abordagem tende a conduzir ao tratamento dos sintomas – a medicalização da violência – em detrimento de intervenções

ampliadas de saúde coletiva. Dessa forma, as ações permanecem centradas nos impactos físicos e psicológicos e as questões sociais e culturais, que são o cerne da desigualdade de gênero e da VCM são invisibilizadas (Hanada et al., 2010).

De acordo com as participantes, a maior parte das ocorrências que chegavam às unidades de saúde pública eram relacionadas à violência intrafamiliar, cometida principalmente pelos companheiros. Essa informação reitera que o lugar no qual as mulheres deveriam ter maior amparo e segurança tem se transformado em local de represálias e ocorrência de violências. Dessa forma, ficar na condição de violência é muito prejudicial tanto para as mulheres, quanto para os filhos, visto que esses crescem vivenciando os conflitos familiares e podem habituar-se à perpetuação da violência. Ademais, para Saliba et al. (2007), as políticas em saúde devem efetivar-se junto às mulheres e também aos filhos, com a finalidade de prevenir e erradicar o fenômeno. Neste sentido, Vieira et al. (2009) discutem que o fato das mulheres omitirem a violência, implica na dificuldade dos profissionais em conseguir identificar e tentar ajudar as mulheres que sofrem a agressão.

Ferrante (2008) versa que as mulheres aceitam continuar em situação de violência por medo de seus parceiros. Elas não conseguem visualizar outras possibilidades de mudanças para sua vida e muitas são dependentes financeiras, embora esse não seja o único determinante para manutenção da relação. Geralmente, as mulheres que estão nesta situação não possuem recursos profissionais para entrar para o mercado de trabalho, dificultando ainda mais o rompimento com o parceiro. Na visão das entrevistadas, a demora em buscar ajuda se deve ao medo de não terem condições financeiras de se manterem, assim como o medo de que seus companheiros não sejam punidos e voltem a agredi-las.

[...] O que a gente escuta falar é que essas mulheres ficam muitos anos sofrendo violência física, psicológica pelos maridos e isso acontece, pois elas têm medo de falar o que está acontecendo [...] (Maria, médica).

[...] Muitas vezes, depois de várias e várias agressões que elas tiveram coragem de vir até aqui, porque não tem condições de se manterem, porque tem medo que ele não seja punido, seja solto e depois eles voltam a agredi-la. São vários casos [...] (Catarina, médica).

Problematizando o papel da dependência financeira na manutenção de relacionamentos violentos, Souza e Sabini (2015) verificaram que a dependência emocional pode ser elemento preponderante nesse contexto, uma vez que muitas mulheres não dependem do companheiro para sobrevivência material e mesmo assim se mantêm no relacionamento. As autoras constataram que, infelizmente, em diversas situações as mulheres permanecem subjugadas à violência para não confrontar a solidão. Desse modo, o relacionamento se mantém pela dependência emocional.

Práticas e implicações no enfrentamento da VCM

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher é uma das políticas de estratégias para superação da VCM. As diretrizes estabelecem que os profissionais do SUS devem estar orientados e capacitados para a atenção integral à saúde das mulheres, considerando as necessidades da população feminina. Porém, há ausência da padronização dos procedimentos nos serviços de saúde, dessa forma, é necessária uma elaboração de diretrizes e normas técnicas para o atendimento desta população (Ministério da Saúde, 2004; Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010).

Verificou-se que cada participante tinha uma percepção diferente ou desconhecimento sobre os procedimentos para lidar com a VCM. Parcela desconhecia totalmente ou parcialmente a existência de uma rotina ou conduta padrão do serviço diante dos casos de VCM, especialmente em situações de emergência. Dessa maneira, o desconhecimento sobre os protocolos para o atendimento de mulheres em situação de violência pode contribuir para que os profissionais não se sintam empenhados e amparados em atender à demanda de mulheres em situação de violência (Silva, Padoin, & Vianna, 2015).

[...] sempre que chega uma paciente que tem algum problema, alguma depressão, algum problema de saúde e que eu estou suspeitando ter sofrido violência, eu quase sempre encaminho para a psicóloga [...] (Yana, médica).

[...] Se tem (se referindo a um procedimento técnico) eu não conheço. Se tem eu nunca recebi a orientação [...] (Amanda, psicóloga).

Outra parcela das entrevistadas conhecia o rol de condutas frente às situações de VCM. Diante da evidência de casos de violência, as profissionais atuavam de acordo com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde. Segundo os discursos, as orientações fornecidas pela secretaria local eram extremamente simples: em casos de VCM deve ser feita a notificação à Vigilância Epidemiológica, o encaminhamento à Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher da cidade e outros encaminhamentos aos serviços existentes (Centro de Referência de Assistência Social/Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Unidade Hospitalar, Núcleo de Saúde Mental, dentre outros). Ademais, foi apontada a inexistência de documentos ou guias de orientação técnica voltados aos profissionais de saúde. Lettiere, Nakano e Rodrigues (2008) versam sobre a necessidade da utilização de um protocolo contra a violência, que pode ser um instrumento importante para orientação, além de deixar os profissionais mais seguros para conseguir intervir nestes casos.

[...] Elas chegam pela emergência, passa pelo médico plantonista, aciona o Serviço Social que vai chamar a Delegacia da Mulher e o psicólogo. Aí ele vai ver qual é o tipo de violência, ver se precisa fazer a profilaxia se for a violência sexual, para não pegar nenhum tipo de doença contagiosa ou então vai encaminhar para o serviço de apoio psicológico [...] (Jaqueline, enfermeira).

[...] Neste caso, aqui no hospital, a gente é mais responsável pela avaliação da integridade física. Aqui no hospital, não é dado o suporte emocional, o suporte psicológico. Mesmo porque é um hospital de urgência e emergência, então não tem o profissional que é responsável por isso [...] (Camila, médica).

Percebeu-se, contudo, que as ações e encaminhamentos realizados não permitem genuíno acolhimento e atendimento das mulheres, especialmente no momento da urgência. Pelos discursos, nota-se que o hospital se volta ao cuidado da dimensão biofísica, fortalecendo a concepção de que aquele não é um espaço destinado ao apoio psicológico e assistencial das mulheres em contexto de violência.

Há carência com relação à formação profissional, tanto no decorrer da graduação quanto no momento de ingresso no serviço de saúde. Constatou-se que o trabalho com as mulheres em situação de violência é aprendido principalmente pela prática, pela experiência do cotidiano de trabalho. Essa realidade compromete o processo de notificação e o desenvolvimento de adequada agenda de ações no âmbito local.

[...] A gente aprende muito é fazendo, é buscando interesse, é aprofundando [...] (Sônia, psicóloga).

[...] Pouco enfoque, a recordação que tive de violência, foi com a vivência e com a prática [...] (Amanda, psicóloga).

[...] Não, nenhuma disciplina que abordava essa área não. Eu acho que seria importante pra gente conduzir melhor o caso, não só da agressão física à mulher, mas da agressão sexual à criança também. Essas áreas não são abordadas, então na prática clínica fica falho a nossa conduta em relação a estes casos que vem [...] (Catarina, médica).

Jaramillo e Uribe (2001) defendem que os profissionais, quando terminam a graduação, saem sem condições para lidar com a responsabilidade de trabalhar em unidades de saúde onde apareçam demandas de usuárias em situação de violência. A maioria das disciplinas da área da saúde não contempla aspectos relacionados ao fenômeno da violência, portanto, os profissionais de saúde não estão preparados para oferecer uma atenção que seja efetiva no trabalho que oferecem quanto à saúde das mulheres em contexto de violência. Narvaz e Koller (2007) salientam que, apesar do aumento de estudos sobre violência de gênero no Brasil, no espaço acadêmico a temática sempre foi marginalizada. A maioria dos cursos que abordam o tema localizam-se na pós-graduação, onde há maior flexibilidade curricular, porém quando encontradas, geralmente são disciplinas optativas.

O papel do profissional da saúde é muito amplo e há grande leque de possibilidades de intervenção. Além das fragilidades na formação para o enfrentamento da violência, as participantes sinalizaram o desejo de ajudar e, paradoxalmente, as limitações para tal tarefa em virtude da profunda situação de

vulnerabilidade – econômica, emocional, social, educacional, familiar – das mulheres.

[...] A palavra do momento é o empoderamento né, a gente tem que ajudar essas mulheres, e aí vai um trabalho todo relacionado à autoestima delas, relacionado à vida delas [...] (Gabriela, psicóloga).

[...] o que mais dificulta é a confiança do cliente com o profissional de saúde, pois a mulher que é violentada não fala. A sociedade ainda tem certo preconceito quanto a isso, então não falam por repressão [...] (Lorena, enfermeira).

[...] Por ser mulher também, então eu tento ajudar até onde eu posso ajudar e tentar fazer sempre um pouco mais. E aqui temos muitos casos de mulheres jovens, mulheres grávidas, mulheres com pouco estudo, então eu acho que tem que ajudar de alguma forma. Por que tanto aqui e no mundo a mulher depende muito dos homens, então procuro orientar a mulher dos direitos, que ela pode estudar, ela pode trabalhar e não tem que depender de um homem [...] (Yana, médica).

Pedrosa e Spink (2011) destacam a necessidade de os profissionais de saúde proporcionarem atendimento integral às mulheres em situação de violência para além das profilaxias. É importante também oferecer acolhimento respeitando-as em suas singularidades, para que dessa forma consigam ressignificar e enfrentar as dificuldades vivenciadas, além de exercerem protagonismo social. Porém, a organização dos serviços de saúde não contribui para o aperfeiçoamento dos atendimentos, visto que há uma sobrecarga do trabalho, além das dificuldades para a adequada intervenção profissional. Desta forma, as condutas efetivas podem ficar comprometidas, dificultando ainda mais as práticas humanizadas dos profissionais junto às mulheres.

Dentre as dificuldades apontadas pelas participantes está a falta de adesão das mulheres em continuar os atendimentos e/ou denunciar o companheiro junto aos órgãos judiciais. Por elas serem estigmatizadas pela sociedade, pelo medo de novas opressões do companheiro e até mesmo pela vergonha em ter que compartilhar a situação para pessoas desconhecidas, as mulheres acabam desistindo de dar continuidade aos atendimentos.

Outro fator que foi percebido foi a limitação emocional das entrevistadas, em virtude da carga afetiva que o enfrentamento da violência pode exigir, sobretudo quando lidam diariamente com as situações no trabalho. Por serem mulheres, as participantes colocavam-se no lugar usuárias do serviço, realizando um exercício empático. Logo, apontaram vivenciar sentimento de impotência e angústia. Sendo assim, é necessário que os equipamentos de saúde possam ofertar também apoio psicológico aos profissionais.

[...] O que eu tenho visto é que as nossas orientações são muito frágeis, que geralmente a gente não consegue chegar ao nosso objetivo final, que é dar uma condição educativa, para elas buscarem também ajuda, o medo não é fácil [...] (Sônia, psicóloga).

[...] Mas não há muito que fazer, a gente pode se colocar no lugar do próximo, mas agir não tem muito que fazer, a gente fica com as mãos atadas [...] (Catarina, médica).

Como sinalizado na fala de Sônia, as limitações encontradas no cotidiano dos serviços de saúde são muitas. A sobrecarga de trabalho, a precária formação ou inexistente formação em gênero e políticas públicas, a desarticulação entre os equipamentos de saúde, dentre outros fatores, agencia o atendimento às mulheres em situação de violência (Kind et al., 2013) impedindo a realização de ações socioeducativas que contribuam para a viabilização de formas de equidade de gênero.

Facuri et al. (2013) consideram ser necessário que os profissionais responsáveis por atender mulheres em situação de violência tenham atenção para o perfil das pacientes que não estão comparecendo aos atendimentos, para dessa maneira, implantarem estratégias para o aumento da adesão e, assim, conseguir propor ações mais adequadas. Versam ainda que muitas mulheres que faltam nas consultas podem estar necessitando de apoio e o precário acompanhamento pode desenvolver sequelas ainda mais graves e de longa duração.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa investigou as concepções e práticas de profissionais de saúde acerca do fenômeno da VCM. É importante buscar entender como estes profissionais que atuam nos serviços públicos estão construindo os sentidos atribuídos à violência, uma vez que serão eles que orientarão as ações junto às mulheres.

Percebeu-se que as enfermeiras, as médicas e as psicólogas detêm poucos conhecimentos acerca dos tipos de violência de gênero, indicando a necessidade de maior capacitação, de modo que os profissionais sejam capazes de identificar e acolher mulheres que estão expostas às violências. Infere-se que o desconhecimento ou escassa informação está relacionado a alta rotatividade de profissionais nos serviços de saúde e a problemas na formação profissional continuada.

Nessa direção, faz-se vital que os processos de formação em saúde – quer na dimensão da graduação, da pós-graduação ou na formação continuada – deem importância para as temáticas de gênero e violência, possibilitando maior preparo dos profissionais para atuarem nessa conjuntura. Ainda hoje, a maioria das disciplinas em cursos de graduação não contemplam a violência de gênero, portanto, permanecem lacunas no embasamento teórico que podem comprometer as práticas. No caso das participantes, observou-se que as ações junto às mulheres em situação de violência têm sido aprendidas e desenvolvidas a partir da prática, da experiência no cotidiano do trabalho.

Somado a esse contexto, destacam-se dificuldades quanto às frágeis e precárias normas técnicas – quando existentes – que orientam as atuações profissionais em situações de VCM, contribuindo para o sentimento de impotência e para a realização de práticas pouco respaldadas pelas políticas públicas. Ademais, acredita-se ser importante, no momento em que o profissional é contratado, que o serviço apresente e norteie os protocolos de assistência nos casos de agressão contra a mulher, permitindo maior efetividade nas condutas.

Enfatiza-se que o estudo não extenua os conhecimentos desta problemática, apenas desvela algumas particularidades da realidade da saúde pública no contexto do sudoeste goiano. Dessa forma, novas pesquisas que abordem a violência e a dinâmica de trabalho dos profissionais da saúde tornam-se imprescindíveis.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- Andrade, C. J. M. (2009). *As equipes de saúde da família e a violência doméstica contra a mulher: um olhar de gênero*. (Tese de Doutorado). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-22062009-145809/pt-br.php>
- Baraldi, A. C. P. (2009). *O conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros das unidades básicas distritais de saúde de Ribeirão Preto - SP acerca da violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo*. (Dissertação de Mestrado). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-29102009-142008/pt-br.php>
- Boris, G. D. J. B., Moreira, V., & Venâncio, N. (2011). O estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos. *Psicologia & Sociedade*, 23(2), 398-406. doi:10.1590/S0102-71822011000200021
- Borsoi, T. S., Brandão, E. R., & Cavalcanti, M. L. T. (2009). Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(28), 165-174. doi:10.1590/S1414-32832009000100014
- Camos, C. J. G. (2004). Método de análise de conteúdo: Ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 611-614. doi:10.1590/S0034-71672004000500019

- Carnassale, V. D. (2012). *Notificação de violência contra a mulher: Conhecer para intervir na realidade*. (Dissertação de Mestrado). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-22022013-124837/>.
- Cavalcante, L. F., Gomes, R., & Minayo, M. C. S. (2006). Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: Estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(1), 31-39. doi:10.1590/S0102-311X2006000100004
- Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação [CEPIA] (2013). *Violência Contra a Mulher e Acesso à Justiça. Estudo comparativo sobre a aplicação da Lei Maria da Penha em cinco capitais*. Relatório Final. Recuperado de http://www.cepia.org.br/pesquisa_out.pdf.
- Facuri, C. O., Fernandes, A. M. S., Oliveira, K. D., Andrade, T. S., & Azevedo, R. C. S. (2013). Violência sexual: Estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(5), 889-898. doi: 10.1590/S0102-311X2013000500008
- Ferrante, F. G. (2008). *Violência contra a mulher: a percepção dos médicos das unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto, São Paulo*. (Dissertação de Mestrado). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-06032009-151551/>.
- Franzoi, N. M., Fonseca, R. M. G. S., & Guedes, R. N. (2011). Violência de gênero: Concepções de profissionais das equipes de saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 589-597. doi:10.1590/S0104-11692011000300019
- Gadoni-Costa, L. M., Zucatti, A. P. N., & Dell'Aglio, D. D. (2011). Violência contra a mulher: Levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(2), 219-227. doi:10.1590/S0103-166X2011000200009
- Gomes, N. P., Erdmann, A. L., Stulp, K. P., Diniz, N. M. F., Correia, C. M., & Andrade, S. R. (2014). Cuidado às mulheres em situação de violência conjugal: Importância do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família. *Psicologia USP*, 25(1), 63-69. doi:10.1590/S0103-65642014000100007
- Hanada, H., d'Oliveira, A. F. P. L., & Schraiber, L. B. (2010). Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. *Revista Estudos Feministas*, 18(1), 33-59. doi:10.1590/S0104-026X2010000100003
- Hayeck, C. M. (2015). Refletindo sobre a violência. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, 1(1), 1-8. Recuperado de <http://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/8/8>.
- Jaramillo, V. D. E., & Uribe J. T. M. (2001). Rol del personal de salud en la atención a las mujeres maltratadas. *Investigación y Educación en Enfermería*, 19(1), 38-45.

- Kind, L., Orsini, M. L. P., Nepomuceno, V., Gonçalves, L., Souza, G. A., & Ferreira, M. F. F. (2013). Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(9), 1805-1815. doi:10.1590/0102-311X00096312
- León, M. (2001). El empoderamiento de las mujeres: encuentro del primer y tercer mundos em los estúdios de género. *La Ventana*, 2(13), 94-106. Recuperado de <http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/ppperiod/laventan/Ventana13/ventana13-4.pdf>.
- Lettiere, A., Nakano, A. M. S., & Rodrigues, D. T. (2008). Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(3), 467-473. doi:10.1590/S0080-62342008000300008
- Minayo, M. C. S. (2000). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- Minayo, M. C. S. (2006). *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Ministério da Saúde. (2002). Violência intrafamiliar: Orientações para prática em serviço. Brasília, DF: Presidência da República do Brasil. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf.
- Ministério da Saúde. (2004). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
- Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2007). A marginalização dos estudos feministas e de gênero na psicologia acadêmica contemporânea. *Psico*, 38(3), 216-223. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/2882/2177>.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2010). Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: Ação e produção de evidência. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf.
- Pedrosa, C. M., & Spink, M. J. P. (2011). A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: Desafios para a formação médica. *Saúde e Sociedade*, 20(1), 124-135. doi:10.1590/S0104-12902011000100015
- Porto, M. (2006). Violência contra a mulher e atendimento psicológico: o que pensam os/as gestores/as municipais do SUS. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(3), 426-439. doi:10.1590/S1414-98932006000300007
- Presidência da República do Brasil (2006). *Lei Nº. 11.340, de 7 de agosto de 2006*. Brasília, DF: Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm

- Saldanha Marinho, P. Al., & Gonçalves, H. S. (2016). Práticas de empoderamento feminino na América Latina. *Revista de Estudios Sociales*, (56), 80-90. doi:10.7440/res56.2016.06.
- Saliba, O., Garbin, C. A. S., Garbin, A. J. I., & Dossi, A. P. (2007). Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública*, 41(3), 472-477. doi:10.1590/S0034-89102007000300021
- Santos, C. M. (2015). Curto-circuito, falta de linha ou na linha? Redes de enfrentamento à violência contra mulheres em São Paulo. *Revista Estudos Feministas*, 23(2), 577-600. doi:10.1590/0104-026X2015v23n2p577
- Schraiber, L. B. (2012). Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2635-2644. doi:10.1590/S1413-81232012001000013.
- Secretaria de Políticas para as Mulheres. (2010). *Norma Técnica de Uniformização Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência*. Brasília, DF: Presidência da República do Brasil. Recuperado de <http://www.spm.gov.br/lei-maria-da-penha/lei-maria-da-penha/norma-tecnica-de-padronizacao-das-deams-.pdf>
- Secretaria de Políticas para as Mulheres. (2011). *Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres*. Brasília, DF: Presidência da República do Brasil. Recuperado de <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>.
- Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. (2008). *II Plano nacional de políticas para as mulheres*. Brasília, DF: Presidência da República do Brasil. Recuperado de http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/planonacional_politicamulheres.pdf.
- Silva, L. L., Coelho, E. B. S., & Caponi, S. N. C. (2007). Violência silenciosa: Violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(21), 93-103. doi:10.1590/S1414-32832007000100009
- Silva, E. B., Padoin, S. M. M., & Vianna, L. A. C. (2015). Violência contra a mulher e a prática assistencial na percepção dos profissionais da saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, 24(1), 229-237. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015003350013>
- Siqueira, A. C, Jaeger, F. P, & Kruehl, C. S. (2013). *Família e Violência: Conceitos, práticas e reflexões críticas*. Curitiba, PR: Juruá Editora.
- Souto, D. C., & Kruehl, C. S. (2013). Quando mãe e bebê sofrem violência: Pensando sobre os serviços de saúde e o papel do psicólogo no contexto de violência contra a gestante. In A. C. Siqueira, F. P., Jaeger, & C. S. Kruehl, *Família e Violência: Conceitos, práticas e reflexões críticas* (pp. 55-66). Curitiba, PR: Juruá Editora.

- Souza, T. M. C, & Sabini, K. (2015). Mas o que é o amor? Representações sociais em mulheres em contexto de violência doméstica. *Perspectivas em Psicologia*, 30(1), 168-172. Recuperado de <http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/30542/16627>.
- Vieira, L. B., Padoin, S. M. M., Landerdahl, M. C. (2009). A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(4), 609-616. doi:10.1590/S1983-14472009000400005

Sobre as autoras

Tatiana Machiavelli Carmo Souza é psicóloga pela Universidade Federal de Uberlândia e mestre e doutora em Serviço Social pela UNESP. Atualmente é Professora Adjunto II no Curso de Psicologia e no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Goiás. tatimachiavelli@yahoo.com.br

Fernanda Ferreira Rezende é psicóloga graduada pela Universidade Federal de Goiás. f.rezende.fernanda@gmail.com

Certificamos que todas as autoras participaram suficientemente do trabalho para tornar pública sua responsabilidade pelo conteúdo. As autoras foram responsáveis pela conceitualização, investigação e visualização do artigo e fizeram a redação inicial do mesmo (revisão e edição).

Recebido em: 16/07/2016

Revisado em: 19/01/2017

Aceito em: 14/08/2017