



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**



**ALBA VALÉRIA DE SOUSA BATISTA**

**VIOLÊNCIA DE GÊNERO E SAÚDE: O ATENDIMENTO A MULHERES EM  
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA DE  
TERESINA**

TERESINA-PI

2017

**ALBA VALÉRIA DE SOUSA BATISTA**

**VIOLÊNCIA DE GÊNERO E SAÚDE: O ATENDIMENTO A MULHERES EM  
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA DE  
TERESINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Piauí, como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Sociologia. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mary Alves Mendes, área de concentração Gênero e Violência. Linha de pesquisa: Gênero e Geração

TERESINA-PI

2017

B333v Batista, Alba Valéria de Sousa.

Violência de gênero e saúde: o atendimento a mulheres em situação de violência doméstica em um hospital de urgência de Teresina / Alba Valéria de Sousa Batista. - 2017.

140 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Piauí-UFPI, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Teresina-PI, 2017.

Área de Concentração: Gênero e Violência

Linha de Pesquisa: Gênero e Geração

“Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mary Alves Mendes.”

1. Violência de Gênero. 2. Mulher – Saúde. 3. Mulher – Violência doméstica. I. Título.

CDD: 305.4

Dedico este trabalho a minha mãe **MARIA JOSÉ DE SOUSA LIMA** (*in memoriam*) mulher de fibra, batalhadora que assim como muitas mulheres deste país teve que superar as adversidades de ser mulher, numa sociedade machista, patriarcal e desigual, mostrando-se resiliente e vencedora. A Ela dedico esta obra com todo meu amor e saudade pelo exemplo de mulher forte que não sucumbe aos desafios da vida! Meu amor eterno!

*“Tudo é do Pai, toda honra e toda glória, é dele a vitória alcançada em minha vida”.*

Padre Fábio de Melo

## AGRADECIMENTOS

A DEUS por todas as graças e oportunidades concedidas, por me permitir iniciar e agora concluir esta árdua jornada com saúde e paz.

À UFPI e ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, desde os funcionários aos Professores pela competência e dedicação na condução desse mestrado.

Um agradecimento especial a minha querida orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Mary Alves Mendes** por torna-se mais que orientadora, uma amiga, sou grata por sua postura sempre acolhedora, serena, por sua positividade, motivação, por acreditar em mim quando eu duvidava ser capaz de concluir este trabalho, por ajudar-me a superar as dificuldades que surgiram ao longo do caminho e estas não foram poucas, agora encerramos juntas esta caminhada, muito obrigado.

Às professoras Dr<sup>a</sup>. Inês Sampaio Nery e Dr<sup>a</sup>. Rita de Cássia Cronemberg Sobral pela disponibilidade e contribuição nas minhas bancas, por partilharem seus saberes para que eu fizesse um bom trabalho.

Minha imensa gratidão aos profissionais do HUT que aceitaram fazer parte desta pesquisa, pela disponibilidade em colaborarem com este trabalho, sem estes(as) não teria sido possível.

A minha família, representada em particular pela minha irmã Mikaele, meu irmão Felipe, meu cunhado Ruben, minha princesa Amanda por me oferecerem carinho, apoio e conforto nos momentos mais difíceis desta caminhada e por compreenderem minhas ausências.

As minhas queridas amigas de vida e trabalho Lisieux, Daisy, Larissa e Gardene pelo carinho e palavras de motivação para que eu prosseguisse quando o pensamento de desistir me rondava.

Às minhas amigas Liana, Joviane e Diaponira pelo suporte emocional, afetivo, nas horas de medo, tristeza e alegrias, pelas viagens, pelas experiências compartilhadas que tornaram mais leve essa jornada, que felicidade encerrarmos juntas este ciclo.

Aos amigos(as) do mestrado por compartilharem saberes, alegrias, as dores e sabores, a apoio ao longo desta caminhada, levarei nossa amizade para a vida, sou grata por conhecê-los, em especial às amigas Dani, Carol, Annaya e ao amigo Rafael.

Agradeço ao meu querido amigo Bruno Gomes pela disponibilidade, assistência e agilidade em contribuir com este trabalho nas traduções, obrigada!

A minha prima Silvana por me ajudar a superar meus medos e vencer os desafios quando eu não acreditava mais ser capaz, muito obrigada.

*“Que NADA nos  
DEFINA.  
Que NADA nos  
SUJEITE.  
Que a  
LIBERDADE seja  
nossa própria  
SUBSTÂNCIA”*

(Simone de Beauvoir)

## RESUMO

Este estudo aborda a violência de gênero, especificamente, a violência doméstica contra a mulher em interface com a saúde numa perspectiva de gênero, cujo objetivo consistiu em compreender como se processa o atendimento dos(as) profissionais do Hospital de Urgência de Teresina-HUT às mulheres em situação de violência doméstica a partir dos discursos destes(as) sobre como realizam o atendimento às estas mulheres. Assim, a categoria gênero torna-se indispensável para análise deste fenômeno, posto que a mesma remete a relações desiguais de poder entre os sexos. A violência de gênero, especificamente, a violência doméstica contra a mulher foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde - OMS e Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS como um grave problema de saúde pública e uma violação aos direitos humanos das mulheres que causa impactos diversificados a saúde destas. No entanto, tal reconhecimento não é percebido nas ações e discursos de muitos profissionais de saúde, havendo uma invisibilidade do problema nos serviços de saúde em geral. Este estudo trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa com aplicação de entrevistas semiestruturadas junto a 11 profissionais de saúde, sendo 04 médicos(as), 03 enfermeiras e 04 técnicas de enfermagem. O tratamento analítico dos dados se deu via análise de discurso, além da construção de mapas dialógicos de associação de ideias. Os resultados da pesquisa revelaram que os(as) profissionais possuem um conhecimento limitado acerca de gênero e da relação deste com a violência. Em relação ao atendimento profissional identificou-se que as ações realizadas são fragmentadas e focadas no tratamento das lesões físicas, não havendo, na maioria das vezes, acolhimento e escuta qualificada às mulheres que buscam atendimento na instituição. Não existe um protocolo de atendimento específico para os casos de violência doméstica contra a mulher; há ausência de capacitações na área de gênero; a infraestrutura material e física foi apontada como inapropriada para um atendimento de qualidade; o quadro de profissionais é insuficiente diante da grande demanda de usuários(as) do hospital; Os(as) profissionais desconhecem a Rede de Atendimento a Mulher em Situação de Violência, não se reconhecem como membros desta, havendo subnotificação destes casos. Conclui-se, portanto ser necessário repensar o atual modelo de atendimento institucional às mulheres em situação de violência, sendo necessário investir em capacitações e treinamentos específicos sobre o tema de gênero e violência doméstica contra a mulher para os(as) profissionais da instituição, elaborar estratégias de visibilização do problema na instituição. Sugere-se, a criação de protocolos específicos de atendimento destes casos e estruturação de equipes de referência especializadas para acolher esta demanda, além da construção de espaços reservados para o atendimento destas usuárias, a fim de que se sintam acolhidas, seguras e encorajadas para romperem o silêncio sobre a violência sofrida, denunciando seus agressores, abrindo assim, caminhos para uma vida livre de violência.

**PALAVRAS-CHAVE:** GÊNERO; VIOLÊNCIA; ATENDIMENTO; SAÚDE.

## ABSTRACT

This study addresses gender violence, specifically domestic violence against women in gender perspective within a health interface, whose objective was to understand how is processed the professional care in women domestic violence situations of Hospital de Urgência de Teresina – HUT from their discourses on how to provide care to these women. Thus, gender category becomes indispensable for an analysis of this phenomenon, since it refers to unequal power relations between the sexes. Gender violence, specifically domestic violence against women has been recognized by the World Health Organization (WHO) and Pan American Health Organization (PAHO) as a serious public health problem and a violation of women's human rights that causes diverse impacts the health of these. However, such recognition is not perceived in actions and speeches of many health professionals, and there is an invisibility of the problem in health services in general. This study is a qualitative research with application of semi-structured interviews with 11 health professionals, among them 4 physicians, 3 nurses and 4 nursing technicians. The analytical treatment of data occurred through discourse analysis, besides the construction of dialogical maps of idea associations. The research results revealed that the professionals have limited knowledge about gender and its relation to violence. Regarding professional care, it was identified that the actions performed are fragmented and focused on treatment of physical injuries, and in the majority of cases there is no reception and qualified listening to women who seek care in the institution. There is no specific care protocol for cases of domestic violence against women; there is a lack of capacity in gender area; the material and physical infrastructure was pointed out as inappropriate for a quality service; the number of professionals is insufficient due to great demand of hospital users; the professionals are unaware of Network Assistance to Women in Situation of Violence, they do not recognize themselves as members of this network, with underreporting of these cases. Therefore, it is necessary to rethink the current model of institutional care for women in violence situations and it is necessary to invest in specific training and capacity on the subject of gender and domestic violence against women for the institution's professionals, elaborate visualization strategies of the problem in the institution. It is suggested to create specific protocols to attend these cases and to structure specialized referral teams to meet this demand, as well as to create spaces reserved for the care of these users, so that they feel welcomed, safe and encouraged to break the silence about the violence suffered, denouncing their aggressors, thus opening the way to a life free of violence. We suggest the creation of specific protocols to attend to these cases and the structuring of specialized referral teams to meet this demand, as well as the construction of reserved spaces for the care of these users so that they feel welcomed, safe and encouraged to break the silence about the violence suffered, denouncing their aggressors, thus opening the way to a life without violence.

**KEY WORDS:** GENDER; VIOLENCE; ATTENDANCE; HEALTH.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	13
2 GÊNERO, A CATEGORIA ANALÍTICA DE ENTENDIMENTO DAS RELAÇÕES SOCIAIS ENTRE OS SEXOS .....	19
2.1 Feminismos na busca da igualdade de direitos para as mulheres .....	19
2.2 Dos estudos de mulheres aos estudos de gênero: legitimando e ampliando a análise .....	23
3 VIOLÊNCIA DE GÊNERO: A PRODUÇÃO SOCIAL DAS DESIGUALDADES, IMPACTOS E ENFRENTAMENTOS .....	30
3.1 Violência contra a mulher de mãos dadas com a cultura machista patriarcal .....	30
3.2 Impactos da violência na saúde das mulheres: as dores no corpo e na alma.....	38
3.3 Políticas Públicas de Enfrentamento a Violência Contra a Mulher: os mecanismos institucionais de combate a violência no Brasil.....	46
3.4 O atendimento a mulher em situação de violência no campo da saúde: permanências e mudanças .....	51
4 CAMINHOS E ESCOLHAS METODOLÓGICAS: DESBRAVANDO O CAMPO DO ATENDIMENTO À VIOLÊNCIA DE GÊNERO NA SAÚDE.....	60
5 ESCUTANDO PROFISSIONAIS DO HUT SOBRE O ATENDIMENTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA .....	69
5.1 Masculino, Feminino e homossexual: noções de gênero no discurso dos(as) profissionais.....	69
5.1.1 Violência de gênero e violência doméstica contra a mulher: a visão dos(as) profissionais.....	74
5.2 Descortinando o atendimento às mulheres em situação de violência no HUT.....	81
5.2.1 “A gente não acolhe, a gente trata”: ações dos(as) profissionais ante a mulher em situação de violência doméstica.....	81
5.2.2 Protocolo de atendimento e notificação de casos de violência doméstica contra a mulher no HUT.....	91
5.2.3 Dificuldades no atendimento às mulheres em situação de violência doméstica na visão dos(as) profissionais.....	99

5.2.4 A Rede de atendimento à mulher em situação de violência e o (des)conhecimento dos(as) profissionais.....	106
5.2.5 Avaliação dos(as) profissionais acerca das ações realizadas ante às mulheres em situação de violência doméstica no HUT .....	110
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	114
REFERÊNCIAS .....	118
APÊNDICES .....	129
ANEXOS.....	137

## LISTA DE SIGLAS

- CEDAW** Comitê para eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher
- CEPM** Coordenadoria Estadual de Políticas para as Mulheres do Piauí
- CID** Classificação Internacional de Doenças
- CFP** Conselho Federal de Psicologia
- CFM** Conselho Federal de Medicina
- CMPM** Coordenadoria Municipal de Políticas para as Mulheres de Teresina
- CNDM** Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
- CNES** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CRAS** Centro de Referência da Assistência Social
- CREAS** Centro de Referência Especializado da Assistência Social
- DEAM** Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher
- DSM** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
- DST's** Doenças Sexualmente Transmissíveis
- FMS** Fundação Municipal de Saúde
- HUT** Hospital de Urgência de Teresina
- HIV** Vírus da Imunodeficiência Humana
- LGBTI** Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros e Intersexo
- NHE** Núcleo de Epidemiologia Hospitalar
- NUPEVID** Núcleo de Promotorias de *de Justiça de Defesa da Mulher Vítima de Violência Doméstica e Familiar*
- OEA** Organização dos Estados Americanos
- OMS** Organização Mundial de Saúde
- ONU** Organização das Nações Unidas
- OPAS** Organização Pan- Americana de Saúde
- PAISM** Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
- PI** Piauí
- SAMU** Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SAMVVIS** Serviço de Atendimento a Mulher vítima de Violência Sexual
- SESAPI** Secretaria Estadual de Saúde do Piauí
- SIM** Sistema de Informações sobre Mortalidade
- SINAN** Sistema de Informações de Agravos de Notificação

**SPM** Secretaria de Políticas para as Mulheres

**SUS** Sistema único de Saúde

**UFPI** Universidade Federal do Piauí

## INTRODUÇÃO

A violência de gênero é um conceito mais amplo que violência doméstica contra a mulher, é um fenômeno que tanto se produz é reproduzido nas relações de poder, onde se entrelaçam as categorias de gênero, classe, raça/etnia, e pode ser praticada nas relações entre os diversos gêneros (ARAÚJO; MARTINS; SANTOS, 2004; SAFFIOTI, 2004). A violência de gênero engloba as diferentes formas de violências como a violência doméstica, a violência conjugal, a violência intrafamiliar, pois todas são praticadas no âmbito de relações de gênero em que há desigualdades de poder.

Ressalta-se que há especificidades em cada um destes conceitos que trazem implicações teóricas e práticas para sua utilização. Segundo Soares (2009) esses termos são considerados sinônimos por possuírem pontos de interseção entre os acontecimentos e os vínculos que cada um destes conceitos obscurece, gerando uma espécie de tensão classificatória entre eles, de modo que de um lado exprimem as disputas políticas relacionadas ao campo semântico e do outro frustram as tentativas de aprisionamento destes conceitos a um padrão único de classificação, devido muitas destas expressões assumirem ao mesmo tempo características umas das outras.

Este trabalho discute a violência de gênero em interface com a saúde numa perspectiva de gênero, cujo objeto de estudo é compreender como se dá o processo de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica<sup>1</sup> que buscam os serviços do Hospital de Urgência de Teresina – HUT, a partir dos discursos dos(as) profissionais de saúde sobre o atendimento realizado e sobre questões de gênero.

Esta forma de violência constitui-se como um problema social grave que é complexo, no que se refere ao seu desvelamento e solução, visto que inclui uma plêiade de fatores socioculturais, econômicos, políticos e independe de idade, raça/etnia, escolaridade ou classe social. O interesse em pesquisar esse tema emergiu das discussões sobre gênero iniciadas em disciplinas na graduação em Serviço Social, somadas as experiências adquiridas no Estágio Curricular realizado no Hospital de Urgência de Teresina Prof. Zenon Rocha - HUT, em que esta pesquisadora deparou-se com demandas de atendimento às mulheres em situação de

---

<sup>1</sup> Optou-se por trabalhar com a violência doméstica contra a mulher por esta ser uma das mais recorrentes expressões da violência de gênero. As estatísticas mundiais, apontam que na maioria dos casos de violência contra a mulher o agressor é um parceiro íntimo ou um ex-parceiro da mulher como exposto por Krug et al., (2002).

violência e, posteriormente, na atuação profissional como Assistente Social em dois hospitais públicos municipais de Teresina-PI. Sendo que o HUT, cenário desta pesquisa, é um destes locais em que trabalho desde 2012. Desde a graduação desenvolvo pesquisa sobre o tema da violência de gênero em interface com a saúde numa perspectiva de gênero, em trabalho monográfico de conclusão de curso.

A partir das experiências acadêmica e profissional, e com base na literatura especializada, percebi que a violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública e que apesar da existência de uma Rede de Enfrentamento e Combate a Violência contra a Mulher, não houve uma redução significativa dos casos, pois milhares de mulheres continuam sendo assassinadas, diariamente, em diversos contextos sociais.

Desse modo, ratifica-se a necessidade de mais estudos e uma maior visibilidade deste tema no campo da saúde, principalmente, abordando questões de gênero como a violência doméstica contra a mulher. Além de mais investimentos em recursos materiais, humanos e tecnológicos para identificação destes casos nas instituições hospitalares, visando melhorias no acolhimento e assistência às mulheres em situação de violência doméstica que buscam atendimento nos serviços de saúde, principalmente, as urgências, por ser um dos importantes componentes da Rede de Atendimento e Enfrentamento a violência contra a mulher.

A violência doméstica contra a mulher pode ocasionar agravos diversos à sua saúde tais como: dores de cabeça, hematomas, lesões, traumatismos, fraturas diversas, dor epigástrica abdominal, diarreias, dispneia, asma, dor no peito, dor crônica de causa aparentemente inespecífica, abortos espontâneos, partos prematuros, recém-nascidos de baixo peso, depressão, baixa autoestima, entre outros agravos de saúde. É comum essas “dores sem nome” passarem despercebidas de sua conexão com a violência, tanto para a mulher que sofre a violência como para os(as) profissionais que prestam a assistência (D’OLIVEIRA, 2000; SCHRAIBER et al., 2005; STREY, 2004; MINAYO, 2006; ALMEIDA, 2007; MOREIRA, 2007).

A violência de gênero não é um problema específico da área da saúde, porém a afeta direta e indiretamente, acarretando altos custos para o setor que, por sua vez, exigem intervenções qualificadas, interdisciplinares e intersetoriais, principalmente, porque a violência doméstica contra a mulher deixa não apenas marcas visíveis, mas invisíveis afetando seu desenvolvimento pessoal, social, psicológico e sua saúde como um todo, levando-a a um sofrimento crônico, conforme afirma Minayo (1994).

Os dois serviços mais procurados pelas mulheres, em situação de violência, são as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher – DEAM's e os serviços de saúde, conforme D'Oliverira (2000), que destaca a existência de lacunas e imprecisões na compreensão desse fenômeno do ponto de vista da saúde. E aponta como obstáculos a própria dificuldade de se definir o que é a violência doméstica contra a mulher e a violência de gênero por parte dos(as) profissionais, além da ausência de uma rede explicativa estabelecida entre eles.

As dificuldades em perceber, falar e trabalhar com a violência doméstica, experimentada tanto pelos(as) profissionais como pelas próprias mulheres que convivem nesse contexto, contribui para produzir silêncios e invisibilidades sobre este problema no campo da saúde, pois, historicamente, este é um campo dominado pela racionalidade biomédica que centra sua atenção no diagnóstico e tratamento de doenças, especialmente, no seu aspecto biológico/curativo, deixando à margem os processos sociais, culturais, econômicos e políticos envolvidos no processo saúde-doença.

Entende-se que cabe também aos profissionais da saúde dar visibilidade a violência de gênero no campo da saúde, através da produção de dados e análises que lhes possibilitem ultrapassar a cotidianidade e a imediatividade de suas rotinas institucionais, pois, muitas vezes, estas demandas ficam invisíveis nestes serviços (ALMEIDA, 2007).

Um relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de 1994, destaca que as violências, entre elas a praticada contra a mulher, dado o número de vítimas e a dimensão das sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se transformou num problema de saúde pública em vários países. E o setor da saúde é onde desaguam as consequências desta violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social (MINAYO, 2006).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher expõe que no Brasil a violência é um fenômeno reconhecidamente presente na vida de milhões de mulheres, mas, no entanto há uma carência de estatísticas sistemáticas e oficiais que dimensionem a real magnitude deste problema (BRASIL, 2011). Isso demonstra a necessidade também de investimentos em pesquisas que contribuam para uma melhor compreensão e precisão deste problema, assim como das dificuldades dos(as) profissionais das diversas várias áreas, entre estes(as) os da saúde, em lidar com a violência de gênero que gera agravos diversificados à saúde das pessoas que vivem em contextos de violência.

Dados do Mapa da violência 2015, extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN, do Ministério da Saúde brasileiro, revelam que em 2014 por dia, 405 mulheres demandaram atendimento em uma unidade de saúde por ter sofrido alguma violência, e em todas as faixas etárias, até os 59 anos, os atendimentos femininos superaram os masculinos nos serviços de saúde (WAISELFISZ, 2015).

Estes dados mostram que os(as) profissionais de saúde, considerando os impactos e as consequências da violência para a saúde das mulheres que geram demandas de atendimento em serviços de saúde estão em posição de destaque para identificar e agir sobre a violência de gênero. Todavia, Schraiber et al., (2005), afirma que parte considerável dos casos de violência não é identificada por motivos diversos, que vão desde a dificuldade dos(as) profissionais de compreender e trabalhar com as questões de gênero e identificar essas situações de violência, aliado à própria dificuldade das mulheres de falar sobre o ocorrido, ou pelo menos reconhecer as agressões e humilhações sofridas como formas de violência doméstica e de gênero.

As pesquisas sobre violência de gênero na área de saúde geralmente priorizam os dados epidemiológicos demonstrando sua magnitude em termos estatísticos, conforme apontado Moreira (2007). Observou-se que nas últimas décadas, houve um crescimento no número de estudos que problematizam a violência de gênero na interface com a área da saúde. Todavia, no que se refere à discussão na área das Ciências Sociais, principalmente, em âmbito local, ainda são poucas as pesquisas que trabalham numa perspectiva de gênero, com foco no atendimento institucional/profissional em serviços de saúde como o Hospital de Urgência de Teresina-HUT, que é um local estratégico para identificação, acolhimento, tratamento e prevenção desse problema.

A relevância social e científica deste trabalho está relacionada ao fato de poder contribuir para ampliar o atual contexto de conhecimentos acadêmicos discutindo a violência doméstica contra a mulher e o atendimento profissional num importante equipamento social de saúde que faz parte da rede de atendimento a mulher, a partir de uma perspectiva de gênero desvelando a realidade local no que diz respeito ao assunto. Haja vista a percepção de lacunas existentes no conhecimento sobre como se processa o atendimento a mulheres em situação de violência no HUT. De modo que os resultados desta pesquisa poderão contribuir para identificar pontos fortes e/ou frágeis nesta realidade institucional, assim como subsidiar a elaboração de protocolos de atendimento e capacitações na área de gênero para o quadro de profissionais da instituição em tela, visando contribuir para a melhoria da assistência prestada às mulheres que buscam atendimento neste hospital.

A apropriação deste conhecimento, por parte dos(as) profissionais de saúde, pode possibilitar maior visibilidade social para esse problema na área da saúde, e viabilizar o reconhecimento e enfrentamento de fato da violência doméstica contra a mulher como uma questão de saúde pública, por esta ser considerada por vários organismos nacionais e internacionais como uma grave violação aos direitos humanos das mulheres. Partilha-se do entendimento que não basta garantir o atendimento à saúde, é necessário o resgate da cidadania dessas mulheres através do reconhecimento de seus direitos sociais, econômicos, civis e políticos.

O HUT é o maior hospital público de urgência do Piauí e atende também usuários(as) de outros estados como Maranhão, Ceará, Bahia, Pará, dentre outros da região norte e nordeste do Brasil. Os serviços de urgência desse hospital são uma das portas de entrada destas mulheres na Rede de Enfrentamento à Violência. Segundo informações divulgadas pela assessoria de comunicação do HUT em um portal de notícias local<sup>2</sup>, o diretor da instituição esclareceu que nos últimos anos houve um aumento significativo dos casos notificados como violência doméstica contra a mulher. Tais dados informavam que no ano de 2013 foram notificados 319 casos de violência doméstica contra a mulher e em 2014 este número saltou para 417.

No entanto, o referido diretor afirmou que estes números registrados de violência contra a mulher não revelam o real número de mulheres que sofreram violência doméstica e deram entrada no HUT. Considerando que existem casos em que a mulher não revela e/ou busca ajuda médica por “achar que pode se virar sozinha ou simplesmente ela não procurou nenhum tipo de auxílio” como informado pelo diretor da instituição (DUARTE, 2015).

Sabe-se que o combate à violência contra a mulher no Brasil se dá através políticas públicas de enfrentamento que funcionam em sistema de Rede, contando também com as iniciativas do setor não governamental e da sociedade civil organizada, decorrente das lutas dos movimentos de mulheres e movimento feminista pela igualdade de gênero. Todavia, supõe-se que a existência da Rede de Enfrentamento e Atendimento, em si, ainda não é garantia de enfrentamento eficiente e de resolução do problema. Daí a importância de estudos como este que investiguem como se processa o atendimento a estas mulheres nos serviços de

---

<sup>2</sup>Matéria publicada no Portal AZ de notícias por Mariane Duarte em 20 de Janeiro de 2015. HUT tem aumento de atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica. Disponível em: < <https://www.portalaz.com.br/noticia/geral/319796/hut-tem-aumento-de-atendimento-a-mulheres-vitimas-de-violencia-domestica>>

saúde que, muitas vezes sofrem violência nas instituições que fazem parte da rede, a exemplo daquelas relacionadas à saúde, como o HUT, campo em que foi desenvolvida esta pesquisa.

Assim, levanta-se o pressuposto<sup>3</sup> de que no atendimento oferecido por essa instituição pode haver profissionais desconhecedores(as) das questões de gênero e/ou socializados(as) em estruturas conservadoras e tradicionais de conhecimento que naturalizam, banalizam este tipo de violência. De modo que tal fato possa traduzir-se em discursos e ações profissionais que corroboram a violência e/ou se constituem como formas de violência institucional às mulheres que buscam atendimento neste serviço de saúde. O que pode ser considerado reflexo de uma cultura machista, aliada a incipiente discussão sobre gênero nos currículos dos cursos de saúde, bem como da ausência de capacitações/treinamentos específicos sobre o tema para os(as) profissionais de saúde. Ou pode ocorrer ainda que mesmo estes(as) tendo tido acesso às discussões sobre o assunto, estas podem não ter sido eficientes.

Desta forma, destaca-se que este trabalho é composto por esta introdução onde foi apresentado a problematização do objeto de estudo, o objetivo do trabalho, a sua justificativa, e relevância social e científica desta pesquisa. A fundamentação teórica é apresentada nos capítulos iniciais deste estudo, sendo que no segundo capítulo discute-se a categoria gênero, basilar para a compreensão das relações entre os sexos. No terceiro aborda-se a violência de gênero e a violência doméstica contra a mulher, como expressão das desigualdades entre os gêneros; demonstra-se sua conexão com a área da saúde; discute-se ainda os principais impactos da violência na saúde das mulheres; e elabora-se uma contextualização das políticas públicas de enfrentamento a violência contra a mulher, assim como os principais mecanismos institucionais de combate a esta violência no Brasil. No quarto capítulo são delineados os percursos metodológicos da pesquisa justificando o lócus da pesquisa, as técnicas de coleta de informação, o tratamento analítico dos dados. O quinto capítulo apresenta os dados do campo sobre como se processa o atendimento a mulher em situação de violência doméstica no HUT, a partir da análise dos discursos dos(as) profissionais sobre como realizam o atendimento a essas mulheres e suas compreensões sobre gênero e violência doméstica contra a mulher, e por fim as considerações finais deste trabalho.

---

<sup>3</sup> Tal pressuposto não implica negar a existência de profissionais que atendam adequadamente, dispondo de um olhar crítico sobre as questões de gênero que favoreça um atendimento qualificado e que viabilizem a superação das mulheres em torno da violência de gênero.

## **2 GÊNERO, A CATEGORIA ANALÍTICA DE ENTENDIMENTO DAS RELAÇÕES SOCIAIS ENTRE OS SEXOS**

Neste capítulo apresenta-se no primeiro tópico uma contextualização acerca da importância dos movimentos feministas para a conquista de direitos e cidadania das mulheres, haja vista a luta contínua pela igualdade de gênero. No tópico seguinte discute-se a categoria analítica gênero, retomando a discussão dos estudos de mulheres até a mudança para estudos de gênero, por esta categoria ser chave para a compreensão da violência doméstica contra a mulher que é uma das muitas expressões da violência de gênero.

### **2.1 Feminismos na busca de igualdade de direitos para as mulheres**

A violência de gênero refere-se às desigualdades de poder entre os sexos que se traduz em diversas outras formas de violência, como a violência doméstica contra a mulher, manifesta-se também na opressão, discriminação de mulheres e homossexuais. A luta por igualdade de gêneros e pelo fim da violência de gênero são bandeiras do movimento feminista.

O Feminismo diz respeito a um conjunto de movimentos sociais e políticos, que envolve pessoas de diversos segmentos sociais, intelectuais e acadêmicos que lutam por igualdade de direitos entre os gêneros, visando o empoderamento e libertação feminina de padrões de pensamento e comportamento opressores, machistas, patriarcais hegemônicos na sociedade.

O feminismo é um movimento heterogêneo, e no ocidente difundiu-se de forma plural, agregando diversos matizes ideológicos, normativos, assumiu uma perspectiva ao mesmo tempo local e global, incorporou gramáticas e conteúdos teóricos normativos diferenciados. Portanto, deve-se falar em “feminismos” que têm em comum as lutas em prol da emancipação das mulheres, tomando por base a existência de um processo histórico de objetificação, opressão e sujeição política, social, econômica e cultural das mulheres (MATOS, 2015).

As primeiras ideias do movimento feminista surgiram no contexto das grandes revoluções burguesas, a partir do séc. XVIII e XIX, na Europa central e Estados Unidos, em seguida expandiu-se gradativamente pelo mundo conforme afirma por Matos (2015). O feminismo é considerado por alguns estudiosos a mais longa revolução e o mais importante

movimento social da era moderna e caminha alinhado às mudanças sociais, políticas, econômicas e culturais de cada momento histórico (MATOS, 2015). Nesse sentido, Bento (2012) ressalta as mudanças ocorridas nos eixos de atuação social e acadêmico do movimento feminista, que podem ser resumidas em três fases:

Na primeira e segunda fase do movimento, época dos estudos sobre mulher, havia uma preocupação em localizar as “igualdades” e as dimensões identitárias. Com as abordagens de gênero mais fortemente assumidas na terceira fase, há uma tentativa de mudar de perspectiva teórica: a ênfase recai na busca do entendimento da(s) diferença(s) (BENTO, 2012, p. 58).

O feminismo, além da ação política, propriamente dita e dos movimentos sociais, também se manifesta através das teorias feministas no meio acadêmico. Esses estudos ganharam maior ênfase a partir da década de 1960. No Brasil particularmente no final dos anos 70, houve um fortalecimento dos movimentos sociais de mulheres e movimentos feministas que tiveram papel decisivo para se pensar ações e políticas voltadas para as mulheres visando o enfrentamento das desigualdades de gênero e à violência de gênero (FARAH, 2004).

Nesse momento histórico, o Brasil passava por transformações nas relações entre Estado e sociedade civil, sob o impacto do movimento de democratização política que incluía uma agenda de reformas no âmbito político, econômico, cultural e social, construída com a participação de diversos atores e movimentos sociais, dentre estes os movimentos feministas que reivindicavam a democratização do regime, acesso a serviços públicos, melhoria da qualidade de vida, principalmente nos centros urbanos e incluindo nesse bojo as questões de gênero na cena pública, como apontado por Farah (2004).

A história do feminismo é também a história da constituição das mulheres como sujeito político, ao ocuparem os espaços públicos dos quais foram historicamente alijadas, requerendo visibilidade para as questões de gênero que, até então, ficavam relegadas a esfera privada, passando assim a reivindicar o tratamento/enfrentamento destas questões por meio de políticas públicas<sup>4</sup> (FARAH, 2004). Um dos lemas de luta utilizado pelos movimentos feministas era de que *O pessoal também é político* em oposição à visão de que *Em briga de*

---

<sup>4</sup> Entendidas como um curso da ação do Estado, orientada por determinados objetivos, refletindo ou traduzindo um jogo de interesses (FARAH, 2004) ou resultado da dinâmica do jogo de forças que se estabelecem no âmbito das relações de poder, relações essas constituídas pelos grupos econômicos e políticos, classes sociais e demais organizações da sociedade civil (BONETI, 2007).

*marido e mulher não se mete a colher*, exigindo-se comprometimento do Estado no enfrentamento das desigualdades e violência de gênero e suas múltiplas expressões, entendendo dessa forma que este deve sim meter a colher nas relações desiguais de poder entre os gêneros (SAFFIOTI, 1999).

As correntes teóricas feministas são diversas e distintas entre si, Sardenberg (2001) as classifica em *feminismo liberal, socialista e radical*. Não obstante, sabe-se que há várias outras classificações elaboradas por teóricas e estudiosas de gênero. Para esta autora as diversas correntes teóricas surgiram do mesmo impulso modernista, engajadas em formular uma prática política feminista científicada. Então, propôs-se uma epistemologia feminista como modelo alternativo de trabalho no campo científico por este, historicamente, ter sido dominado pelo pensamento moderno androcêntrico, defensor de um sujeito universal masculino, heterossexual, branco, ocidental, pautado na razão dualista cartesiana, típica do pensamento iluminista que também é atravessado por desigualdades de gênero (SARDENBERG, 2001).

As teóricas feministas instrumentalizadas por um olhar desconstrucionista, no movimento de crítica ao modelo de ciência moderna, racional, cartesiana e androcêntrica, afirmavam que a ciência moderna não era neutra e apagou a participação das mulheres do campo científico e da história. E a estruturação desse modelo de ciência esta assentada em uma lógica binária, construída a partir de pares opostos, como por exemplo: sujeito/objeto mente/corpo, razão/emoção, objetividade/subjetividade, cultura/natureza, ativo/passivo (SARDENBERG, 2001).

Tais dicotomias próprias da ciência moderna foram construídas com base nas diferenças percebidas entre os sexos e nas desigualdades de gênero, em que alguns conceitos como o de sujeito, mente, razão, objetividade foram relacionados com o “masculino” e outros como objeto, corpo, emoção, subjetividade, sobre os quais se impõem os primeiros hierárquica e historicamente, foram identificados com o “feminino” conforme expõe Sardenberg (2001).

As estudiosas feministas perceberam que os conceitos utilizados até então, pela ciência moderna eram estreitos demais para pensar a diferença entre os gêneros e, por vezes, até misóginos. Argumentavam que alguns precisavam ser refeitos e outros abandonados, portanto, defenderam a criação de uma epistemologia feminista que pudesse dar conta de analisar as questões de gênero (RAGO, 1998). Para esta autora não se tratava de um mero esquecimento das mulheres numa ciência, supostamente, neutra e objetiva, mas de uma “amnésia” que foi

estratégica e serviu para consolidar as bases patriarcais do conhecimento que limitou a participação das mulheres neste campo, contribuindo para a produção de muitas desigualdades (RAGO, 1998),

Historiadoras feministas denunciavam que a História produzida por décadas ignoravam as mulheres em prol da ideia de um sujeito universal masculino que nunca contemplou as diferenças, gerando silêncios na história sobre a participação das mulheres em diversas áreas (RAGO, 1998). Afirmavam que ao calarem-se sobre as mulheres, os historiadores, na maioria homens, estavam deixando claro o lugar que desejavam que estas ocupassem na sociedade, o espaço privado, um lugar de sombras e subalterno (SILVA, 2008).

Ao ignorarem a participação das mulheres nos grandes e pequenos acontecimentos da história da humanidade, os cientistas e historiadores deixaram claro que não havia neutralidade na construção do conhecimento como se afirmava no discurso acadêmico hegemônico. Ao contrário, contribuía-se para a perpetuação dos papéis e representações sociais de gênero, hierarquizadas pelas assimetrias de poder que reforçavam as desigualdades de gêneros. A perspectiva histórica produzida pelas feministas passou a apresentar outras visões em relação aos acontecimentos, instituições, arranjos sociais, políticos econômicos e culturais presentes na sociedade moderna.

A historiadora americana Joan Scott, uma das difusoras da definição de gênero nos estudos feministas, o propôs enquanto categoria analítica e instrumento metodológico para entender como, ao longo da história, se produziram e legitimaram as construções de saber/poder sobre a diferença sexual (SCOTT, 1995). Ela propôs uma historicização desse conceito e destacou a importância de se considerar o caráter relacional na análise feminista, ao contrário daquelas anteriores que se guiavam pelo binarismo e dicotomia das categorias homem/mulher. Para essa autora uma categoria só existe em relação à outra e vice-versa, não existem por si só ou de forma estanque, e ao se discutir uma está se discutindo automaticamente a outra, abrindo, assim, uma nova perspectiva teórica, via pós-estruturalismo, para a desconstrução das hierarquias e desigualdades de gênero.

Matos (2015) argumenta que no senso comum, as diferenças sexuais entre os gêneros são vistas como se fossem naturais, determinadas pelos corpos e pela biologia. Em contraposição a isso o conceito de gênero foi elaborado para tornar evidente que o sexo anatômico e biológico não é o elemento, exclusivamente, definidor dos sentidos e das ações humanas, entende-se que, também, as culturas em suas relações políticas estabelecem os padrões de comportamentos que podem se associar aos corpos sexuados. Desse modo, sexo,

sexualidade e gênero são dimensões que se entrecruzam, mas não decorrem necessariamente uma da outra e cada dimensão pode ser experimentada de modo autônomo. Quanto à compreensão predominante no senso comum Connel (2015) afirma que:

O que está errado com a definição do senso comum não é a atenção aos corpos, nem a preocupação com a reprodução sexual, mas a tentativa de inserir a complexidade biológica e sua adaptabilidade numa dicotomia rígida, e a ideia de que os padrões culturais apenas expressariam diferenças corporais (CONNEL, 2015, p.48).

Ainda sobre as distinções entre sexo e gênero, Butler (2001) defende que o sexo não é dado natural apenas, ele também é discursivo e cultural como o gênero. Rodrigues (2003, p. 180) argumenta que “aceitar o sexo como um dado natural e o gênero como um dado construído e determinado culturalmente seria aceitar também que o gênero expressaria uma essência do sujeito”.

Butler propôs, então, a ideia do gênero como *efeito* no lugar de um sujeito centrado, pois ela defende que aceitar esse caráter de efeito implicaria acreditar que a identidade ou a essência são expressões, e não um *sentido em si* do sujeito (RODRIGUES, 2003). Assim, Butler elabora a noção de performatividade do gênero, em que esta performatividade deve ser compreendida não “como um *ato* singular ou deliberado, mas, ao invés disso, como a prática reiterativa e citacional pela qual o discurso produz os efeitos que ele nomeia” (BUTLER, 2001, p.154).

As Ciências Humanas e Sociais e os estudos feministas denunciam que as diferenças sexuais, foram historicamente convertidas em hierarquias e desigualdades sociais e de gênero, as quais são construídas social e politicamente para atender aos interesses dos grupos sociais dominantes, majoritariamente, composto por homens (MATOS, 2015). Desse modo, os estudos e movimentos feministas buscam promover a emancipação, o empoderamento das mulheres, além de semear valores de uma cultura de igualdade de gêneros. Para tanto, é necessário um trabalho contínuo de desconstrução de visões reducionistas, estereotipadas e essencialistas acerca das diferenças sexuais que alimentam as violências e as desigualdades entre os gêneros.

## **2.2 Dos estudos de mulheres aos estudos de gênero: legitimando e ampliando a análise**

A categoria *mulheres*, antes utilizada pelas teóricas feministas, foi sendo substituída pelo termo *gênero*, que propunha uma análise mais ampla em termos dos seus elementos

estruturais e sujeitos da investigação, que passou a contemplar não só mulheres, mas também homens e pessoas do segmento LGBTI<sup>5</sup> em suas análises. Além de mais neutro politicamente, distanciando-se um pouco da militância feminista, a incorporação de gênero como categoria analítica central dos estudos feministas tinha também a intenção de legitimar esses estudos junto à academia e aos organismos internacionais de pesquisas.

A partir da década de 1980 passou-se a utilizar de forma cada vez mais frequente a categoria *gênero*, que foi ganhando espaço e visibilidade tanto no ambiente acadêmico como social, mesmo com resistências enfrentadas no interior do movimento feminista que é heterogêneo e divergente não só em termos de suas vertentes teóricas, mas no tocante à adoção dessa nova categoria analítica, alegando que a mesma invisibilizaria a categoria mulher, sujeito por excelência do feminismo.

Sobre este aspecto Rodrigues (2003,) argumenta que Butler produziu uma crítica em que propôs repensar teoricamente a identidade das mulheres como categoria a ser defendida e emancipada no movimento feminista. O termo mulheres é questionado por Butler, mesmo quando utilizado no plural, como tentativa de envolver outros cruzamentos como raça, etnia, idade, etc., ou seja, a adesão ao plural não a convenceu, ela defende “a possibilidade de haver política sem que seja necessária a constituição de uma identidade fixa, de um sujeito a ser representado, para que essa política se legitime” (RODRIGUES, 2003, p.181). O que ensinaria muitos problemas como a própria Butler reconhece.

Scott (1995) informa que este deslocamento conceitual ocorreu devido ao fato deste termo se ajustar melhor a terminologia científica das ciências sociais, assim como por ter uma conotação mais objetiva e neutra que mulheres, visto que o termo gênero não implica necessariamente uma tomada de posição sobre as desigualdades e hierarquias de poder presentes nas relações de gêneros, nem designa obrigatoriamente a parte lesada da relação. Para essa autora, enquanto os estudos de mulheres estabelecem uma relação imediata com a militância política, o campo dos estudos de gênero se vincula à busca de compreensão epistemológica das relações de gêneros.

Ao analisar a trajetória de construção do conceito de gênero, Piscitelli (2009) mostra que ele corresponde a um termo que se difundiu inicialmente fazendo referência às diferenças

---

<sup>5</sup> LGBTI é a sigla utilizada para se referir a Lésbicas, Gays, Travestis, Transexuais, Transgêneros e Intersex, termo que será utilizado neste trabalho, pois internacionalmente, esta é a sigla que vem sendo mais utilizada, por que engloba as pessoas intersex. Órgãos como a ONU e a Anistia Internacional elegeram esta denominação com um padrão para falar desta parcela da população. Em termos de movimentos sociais, uma denominação que vem ganhando força é LGBTQ ou LGBTQI, incluindo além da orientação sexual e da diversidade de gênero a perspectiva teórica e política dos Estudos Queer (NASCIMENTO; FOGLIARO, 2014)

e desigualdades que afetam principalmente as mulheres, mas que ganhou outros sentidos e um caráter político ao longo do tempo, de modo que este conceito foi reformulado e na contemporaneidade requer:

Pensar não apenas nas distinções entre homens e mulheres, entre masculino e feminino, mas em como as construções de masculinidade e feminilidade são criadas na articulação com outras diferenças de raça, classe social, nacionalidade, idade; como essas noções se embaralham e misturam no corpo de todas as pessoas, inclusive aquelas que, como os intersexos, travestis e transexuais, não se deixam classificar de maneira linear como apenas homens e mulheres (PISCITELLI, 2009, p. 146).

Nessa direção Saffioti (2004) alerta a necessidade de se compreender o sujeito como um ser múltiplo, constituído em gênero, classe, raça/etnia, categorias que se entrelaçam e se constituem como eixos estruturantes da sociedade e que dependendo do momento histórico, uma destas categorias pode estar em maior evidência do que outra. Como se observa na contemporaneidade com as discussões sobre gênero que devido ao fortalecimento dos movimentos feministas, recentemente, recebeu a denominação de primavera feminista, dado o protagonismo destes movimentos na contestação e denúncia das situações de opressão, violências e desigualdades praticadas, cotidianamente, nos mais diversos espaços públicos e privados contra mulheres e pessoas LGBTI.

Há muitas teorizações sobre gênero, mas o ponto comum entre elas gira em torno da rejeição ao determinismo biológico implícito na utilização de termos como sexo ou diferença sexual. O fato de nascer com um determinado sexo, masculino ou feminino, não informa o gênero, posto que este é, também, construído socialmente. Na década de 1960, Robert Stoller foi um dos pioneiros a discutir sobre gênero e já afirmava que havia sim uma diferença sexual natural no corpo fisiológico. Todavia, o sentido que isso adquire em diferentes contextos é diverso. Ele argumentava que quando nascemos somos classificados(as) pelo nosso corpo, de acordo com os nossos órgãos genitais como sendo menina ou menino, porém as formas de ser homem ou mulher não derivam, exclusivamente, do sexo biológico, mas sim de aprendizados que são culturais e que variam de acordo com o momento histórico, posto que cada sociedade estabelece as formas apropriadas de ser homem e mulher (SAFFIOTI, 2004; PISCITELLI, 2009).

No Brasil, o conceito de gênero difundiu-se mais amplamente na década de 1990 com o artigo de Joan Scott (1995) “Gênero uma categoria útil de análise histórica”, conceito este adotado neste trabalho para compreender o objeto de investigação. Tal escolha está associada aos elementos centrais que o mesmo comporta, sobretudo por entendê-lo como um “elemento

constitutivo das relações sociais, baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos, e uma forma primária de dar significado às relações de poder” (SCOTT, 1995, p.84).

Para Scott (1995) a linguagem escrita e discursada são construções sociais que expressam, através dos mais diversos meios institucionais, a exemplo do campo jurídico, religioso, estado, família e escola, significados para o entendimento das feminilidades e masculinidades que legitimam não só as diferenças, mas as desigualdades entre os sexos. Devido à amplitude de elementos analíticos que essa definição de gênero comporta e que inclui não só a dimensão estrutural, mas também agencial e ainda o aspecto relacional que essa encerra, considera-se a mesma satisfatória para se compreender os discursos dos(as) profissionais de saúde do HUT sobre gênero, violência doméstica contra mulheres e como estes(as) realizam os atendimentos às mulheres que se encontram em situação de violência buscam este serviço para tratamento.

Conforme essa estudiosa, o termo gênero implica relações sociais que se constroem a partir dos símbolos culturalmente construídos que evocam representações simbólicas sobre mulheres e homens; assim como os conceitos normativos expressos nas doutrinas religiosas, educação, ciência, política e campo jurídico a que geralmente tomam a forma fixa de oposições binárias que informam o significado de ser homem e de ser mulher na sociedade; expressos também através das instituições e organizações sociais, e da identidade subjetiva assumida pelos(as) sujeitos (SCOTT, 1995). .

Scott ao tomar relações de gênero como relações de poder reporta-se à compreensão de poder elaborada por Michael Foucault (2008), que o entende não como um objeto ou uma coisa a ser possuída por alguns em detrimento de outros, mas como uma relação. Não existe uma teoria geral do poder em Foucault, mas sim práticas ou relações de poder, constituídas historicamente. Nesse sentido, o poder é tido como algo que se exerce, como uma estratégia, e não está situado em um lugar privilegiado, nem apenas no Estado, o poder está em toda parte, ele penetra profunda e sutilmente em toda a trama da sociedade (FOUCAULT, 2008).

Para Foucault (2008) há micro poderes que penetram na vida cotidiana e que atingem o corpo, os gestos, as atitudes, os comportamentos, os hábitos, os discursos. Nesta linha de pensamento Safiotti (2004) afirma que o poder tem duas faces, a da potência e da impotência, e onde há poder há resistência, de modo que as mulheres não sofrem passivamente à opressão masculina, elas buscam formas de resistir e geralmente lidam muito bem com os micropoderes.

O poder pode ser visto como uma coisa enigmática ao mesmo tempo visível e invisível, presente e oculta, presente em toda parte, ninguém é propriamente seu titular, mas ele se exerce em determinada direção, como num eterno campo de batalha, com uns de um lado e outros do outro, no entanto, não se sabe ao certo quem o detém (LOURO, 1997; FOUCAULT, 2008).

E neste campo de batalhas cada luta se desenvolve em torno de um foco particular de poder, por exemplo: as mulheres, os prisioneiros, os doentes nos hospitais, os homossexuais que iniciaram lutas específicas contra formas particulares de poder, como o poder de coerção, de controle exercido sobre eles, e essas lutas fazem parte de um movimento revolucionário (FOUCAULT, 2008).

A inovação no pensamento de Foucault, a respeito do exercício do poder, se dá quando este o considera também numa dimensão positiva, produtiva e transformadora, um poder que produz sujeitos, comportamentos, domínios de saber, de objetos, rituais e verdades, o gênero, por exemplo, é produzido nas e pelas relações de poder (FOUCAULT, 2008; LOURO, 1997).

Para esse autor todo saber é uma forma de poder e não há saber neutro, todo saber é político, podendo ser usado inclusive como instrumento de dominação sobre indivíduos e populações, um exemplo disso, pode ser observado na forma como o saber médico por muito tempo exerceu e ainda exerce controle sobre o corpo e a sexualidade das mulheres. Percebe-se nessa concepção de poder uma maior flexibilidade no sentido do lócus onde esse se exerce e quem faz parte dessa relação, considerar a existência de uma microfísica do poder é reconhecer a sua presença para além das instituições e do estado, ou seja, considerá-la nos sujeitos e nas relações entre esses, a exemplo das relações entre os sexos.

Outra discussão teórica sobre as relações de poder entre os sexos, se dá através de Pierre Bourdieu (2007) na obra “A dominação Masculina”, onde mostra que as diferenças percebidas entre os sexos são produtos de um trabalho de construção social dos corpos e das identidades de gênero como formas hierarquizadas em que o masculino domina o feminino, estando o primeiro construído sob um *habitus*<sup>6</sup> viril, sendo o falo o símbolo desta virilidade e

---

<sup>6</sup>Para Bourdieu (1996), o *habitus* é esse princípio gerador e unificador que retraduz as características intrínsecas e relacionais de uma posição em um estilo de vida unívoco, isto é, de escolhas de pessoas, de bens, de práticas, [...] são princípios geradores de práticas distintas e distintivas [...] mas, são também esquemas classificatórios, princípios de classificação, de visão e de divisão de gostos diferentes. Para Bonnewitz (2003) *habitus* é um conceito central da sociologia bordieusiana porque fornece a articulação entre o individual e o coletivo e está na base da reprodução da ordem social, agindo como princípio de conservação e também de mudança, é um sistema de disposições duradouras e transponíveis, estruturas estruturadas dispostas a funcionar como estruturas estruturantes, adquiridos pelo indivíduo durante o processo de socialização, estas disposições funcionam como princípios inconscientes de ação, percepção e reflexão.

o segundo ligado a um *habitus* dócil, associado à sensibilidade, cuidados, fragilidade, obediência. Homens e mulheres estão submetidos o tempo todo a um trabalho de diferenciação que os leva a se diferenciarem masculinizando-se ou feminizando-se.

As divisões constitutivas da ordem social e das relações sociais de dominação e exploração masculina impõem uma *hexis* corporal feminina e outra masculina opostas que se manifesta através de posturas corporais, modos de falar, vestir, andar, sentir e de se comportar supostamente adequados para cada gênero, que são interiorizadas, inconscientemente, em que por meio do *habitus* acaba produzindo-se uma corporeidade feminina e uma masculina vivida cotidianamente como algo natural, ocultando o processo histórico de construção social destas diferenças que levam a classificar todas as coisas do mundo e todas as práticas segundo a oposição entre o masculino e o feminino. Tal concepção sustenta uma divisão sexual e social do trabalho em que caberia aos homens às atividades públicas de maior prestígio e poder social e às mulheres cuidar das atividades privadas e domésticas tidas como subalternas e inferiores (BOURDIEU, 2007; MENDES, 2008a).

A divisão entre os sexos, conforme Bourdieu (2007) faz-se presente em estado objetivado nas coisas, nos corpos e em todo o mundo social, bem como em estado incorporado, nos corpos e nos *habitus* dos agentes, funcionando como esquemas de percepção, de pensamento e de ação. Para este estudioso a sociedade está estruturada em um sistema simbólico organizado de cima a baixo segundo o primado da dominação masculina.

A dominação masculina na sociedade é o exemplo máximo da submissão paradoxal, resultante da violência simbólica que, por sua vez, é suave, invisível e se exerce pelas vias simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou do desconhecimento, do reconhecimento, ou em última instância, do sentimento, daí maior a dificuldade de identificá-la. Essa dimensão simbólica do poder em Bourdieu é resgatada por Scott (1995) na sua definição de gênero para mostrar o seu uso através dos significados dos discursos e dos símbolos que representam o feminino e o masculino na sociedade.

Falar de gênero é, pois, falar de relações de poder que historicamente tem se traduzido em desigualdades sociais entre os sexos, onde geralmente se expressa a supremacia masculina, alimentada pela cultura patriarcal e machista (MAY, 2001). Daí a naturalização das diferenças entre o feminino e o masculino, onde se associa o feminino a uma suposta fragilidade inscrita no corpo e o masculino associado a um corpo forte/viril, ou seja, os corpos são gendrados, recebem uma marca/impressão de gênero, como afirma Saffioti (2004).

Bento (2012) afirma que o corpo já nasce imerso em determinadas relações de gênero e a leitura que se faz da relação entre natureza e cultura já é efeito das verdades construídas e reproduzidas socialmente para os gêneros. Para esta autora o gênero seria uma das primeiras categorias interiorizadas pelos indivíduos. O gênero é o primeiro carimbo social que se recebe ao nascer (BENTO, 2012). Ela acrescenta que ninguém nasce com os atributos comportamentais de um gênero ou de outro, cada sociedade, de acordo com a cultura e o momento histórico elabora os padrões comportamentais considerados adequados para cada gênero, desse modo, gênero funcionaria como uma das primeiras matrizes geradoras de sentido para os atores sociais.

Concorda-se com Bento (2012) que para compreender como se dá o processo de construção dos gêneros, três dimensões devem ser observadas, a saber: a *relacional*, visto que não existe o masculino e o feminino, em si mesmo, como entidades substantivadas; a *contextual*, a fim de percebê-las em seus contextos e não como algo fixo; e a *contextual-situacional* que diz vincular o estudo de gênero a contextos culturais específicos, e para isso deve se considerar também as variáveis de tempo e espaço. Entende-se ainda que se deva ter em mente que as relações de gênero são constitutivas de relações sociais mais amplas. Portanto, marcadas pelas divisões de classe social, raça/etnia, valores, códigos simbólicos e religião, onde todos estes elementos interferem na constituição das pessoas enquanto sujeitos múltiplos. E ao se pensar em estudar como se dá a construção da categoria social gênero deve-se abandonar paradigmas que estabelecem posições fixas e universalizantes.

### **3 VIOLÊNCIA DE GÊNERO: A PRODUÇÃO SOCIAL DAS DESIGUALDADES, IMPACTOS E ENFRENTAMENTOS**

Neste capítulo desenvolve-se inicialmente uma contextualização sobre a violência contra a mulher, enquanto violência de gênero, que reflete a cultura machista patriarcal, e são apresentados conceitos centrais deste trabalho como o da violência doméstica contra a mulher. Posteriormente, aborda-se os principais impactos desta forma de violência para a saúde das mulheres. Em seguida é elaborado um panorama das principais políticas públicas e mecanismos de combate e enfrentamento a violência contra a mulher no Brasil. E por último uma seção que trata do atendimento a mulher em situação de violência na área da saúde a partir da literatura sobre o tema, apontando algumas permanências e mudanças no atendimento a estas mulheres na área da saúde.

#### **3.1 Violência contra as mulheres de mãos dadas com a cultura machista-patriarcal**

A violência de gênero é um fenômeno social multidimensional e complexo que atinge as mulheres independente de classe social, raça, idade, escolaridade e credo, ocorrendo em nível macro e microssocial, individual e estrutural e incluindo na sua configuração relações de poder e cultura machista/patriarcal (SAFFIOTI, 2004; SCHRAIBER *et al* 2005; MINAYO, 2006).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, também conhecida como “Convenção de Belém do Pará<sup>7</sup>” define a violência contra a mulher como qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada (BRASIL, 1994). O segundo artigo desta Convenção esclarece que a violência contra a mulher pode ser do tipo física, sexual e psicológica, podendo ocorrer:

- a. no âmbito da família ou unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua

---

<sup>7</sup> Esta convenção foi realizada em Belém do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994, no Vigésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral e se constituiu num documento extremamente importante na afirmação dos direitos das mulheres e como instrumento de luta, enfrentamento deste problema (BRASIL, 1994).

residência, incluindo-se, entre outras formas, o estupro, maus-tratos e abuso sexual; **b.** na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local; e **c.** perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra (BRASIL,1994).

Segundo Saffioti (2004), a violência de gênero não acontece aleatoriamente, deriva de uma organização social de gênero que privilegia o masculino e está fundada na hierarquia e desigualdades de poder. Todavia, este tipo de violência não abrange apenas as mulheres, alvo privilegiado da violência masculina, pode ocorrer também nas relações homem-homem e mulher-mulher, homem-mulher, expressando, portanto, uma forma particular da violência global mediatizada pela ordem patriarcal que dá aos homens o direito de dominar e controlar as mulheres, usando para tanto a violência nas suas múltiplas formas.

A expressão violência doméstica costuma ser empregada como sinônimo de violência familiar, embora sejam diferentes e raramente associada à violência de gênero, o que é um equívoco, pois corresponde a uma de suas expressões. É um fenômeno social antigo, que está presente em todas as classes e culturas, sendo praticada tanto nos espaços públicos como privados (SAFFIOTI, 2004). Trata-se de uma violência perpetrada, principalmente, por companheiros, maridos e/ou familiares, cometida por pessoas íntimas (filhos, pais, sogros e outros parentes e pessoas que também convivem no domicílio, como empregados domésticos e agregados) é uma prática que tem ocorrido, principalmente nos relacionamentos amorosos e conjugais.

A definição de violência doméstica e intrafamiliar contra mulher, apresentada na lei 11.340, de 2006, mais conhecida como lei Maria da Penha, traz uma série de inovações no tratamento da questão e um conceito ampliado de violência que em seu art.5º a define como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (BRASIL, 2007, p.10). Esta lei considera como formas de violência doméstica e familiar contra a mulher: a física, a psicológica, a sexual, a patrimonial e a moral, definidas da seguinte forma:

- I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;
- II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações,

comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2007, Lei Maria da Penha, p. 11).

Ao apresentar uma tipificação das diversas formas de manifestação da violência doméstica contra as mulheres, a lei Maria da Penha contribui para que estas possam ser melhores identificadas pelos(as) profissionais que atendem mulheres em situação de violência. A partir da implementação da lei Maria da Penha, a visibilidade social da violência contra as mulheres foi ampliada. No entanto, esta lei teve sua constitucionalidade questionada por alguns operadores do direito, mas em 2012 o Supremo Tribunal Federal aprovou sua constitucionalidade, dirimindo quaisquer obstáculos a sua aplicação pelo poder judiciário (BANDEIRA, 2014).

Depois da implementação desta Lei, houve um aumento das denúncias dos casos de violência contra a mulher comprovada pelos dados divulgados pela central de atendimento Ligue 180. Em 2015 esta central completou uma década de prestação de serviços à sociedade, e no seu balanço de atendimentos divulgados neste mesmo ano informou que foram realizados, um total de 4.708.978 atendimentos desde a sua criação em 2005 (BRASIL, 2015a).

Deste total de atendimentos, 552.748 foram relatos de situações de violência, preponderando os relatos de violência física (56,72%) e psicológica (27,74%). Sendo que 85,85 % dos relatos de violência eram de situações de violência doméstica e familiar contra a mulher, em que 67,36% dos casos, as violências foram praticadas por homens com quem as mulheres têm ou tiveram algum vínculo afetivo: companheiros, cônjuges, namorados ou amantes, ex-companheiros, ex-cônjuges, ex-namorados ou ex-amantes, e a maioria das denúncias e relatos de violência foram realizados pela própria vítima, pois 92,2% das

denúncias foram realizadas por mulheres (BRASIL, 2015a).

Destaca-se que o maior índice de relatos de violência registrados no Ligue 180 nos últimos 10 anos ocorreu nos anos de 2010 (108.171) e 2012 (88.685) tendo uma média de relatos de violência anual de 55.275 e nos últimos 5 anos (2011 a outubro de 2015) essa média aumentou para 69.250 relatos de violência por ano (BRASIL, 2015a). O conjunto destes dados demonstram a importância de se fortalecer as estratégias e mecanismos de sensibilização e visibilização dessa violência, que perpassam por mudanças na cultura machista patriarcal expressa nas ações, discursos e representações sociais de gênero de muitos(as) profissionais que atendem mulheres em situações de violência. Deve-se investir também na ampliação e fortalecimento dos dispositivos legais de combate deste grave problema social em que a sociedade, como um todo, deve se responsabilizar pelo seu enfrentamento.

Pode-se afirmar que ao longo destes 10 anos de funcionamento da Central ligue 180, esta se consolidou como um grande canal de acolhimento das mulheres em situação de violência repassando-lhes informações sobre legislações, direitos, tipos de violências e crimes de gênero, encaminhando-lhes para serviços especializados.

Um estudo sobre violência e saúde apresentou dados de 48 pesquisas realizadas com populações do mundo inteiro, mostrando que cerca de 10% a 69% das mulheres afirmaram já ter sofrido agressão física por um parceiro íntimo em algum momento de suas vidas, essa agressão não fazia parte de um fato isolado, mas de um comportamento abusivo dos companheiros. Em geral, no mesmo relacionamento são praticadas diversas formas de abusos e/ou violência contra mulheres (KRUG et al., 2002).

Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde no Brasil, denotam que entre 1980 e 2013, o Brasil contabilizou 106.093 assassinatos de mulheres. Dos 4.762 homicídios de mulheres registrados em 2013, pelo SIM, 2.394 (50,3%) do total nesse ano, foram praticados por um familiar dessas mulheres. Isso significa que ocorreram, aproximadamente, 7 feminicídios<sup>8</sup> diários nesse ano, onde o autor foi um familiar

---

<sup>8</sup> Saffioti (2004) argumenta que a língua é um fenômeno social universal, sujeito a mudanças permanentemente que refletem as mudanças culturais, políticas e sociais do contexto histórico de uma sociedade, portanto se fez necessário a criação de novas palavras que combatessem o sexismo e as violências de gênero. Ela destaca que desde a década de 1990 feministas inglesas começaram a reivindicar o uso da palavra *femicídio* para se referir as mortes de mulheres motivadas pela sua condição de gênero, ou seja, pelo fato de ser mulher. Pasinato (2011), expõe que houve uma mudança nesse debate a partir da contribuição de Marcela Lagarde, feminista e deputada federal mexicana que argumentou que a palavra *femicídio* perdia força ao ser traduzida para o castelhano, propôs então, o uso da palavra “*Feminicídio*” usado para denominar o conjunto de delitos de lesa humanidade que contém os crimes e desaparecimentos de mulheres (PASINATO, 2011). No Brasil foi criada em 2015 a lei

e onde 1.583 dessas mulheres, foram mortas pelos parceiros ou ex-parceiros, o que representa 33,2% do total de homicídios femininos nesse ano, perfazendo 4 mortes diárias de mulheres (WAISELFISZ, 2015).

A magnitude desses dados ainda é pouco percebida e, muitas vezes, ignorada por alguns setores da sociedade, dentre esses o da saúde, sobretudo quando se compara a situação brasileira com a de outros países do mundo. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde - OMS, a taxa de homicídios é de 4,8 por 100 mil mulheres, apenas em 2013, colocando o Brasil na 5ª posição internacional entre 83 países do mundo (WAISELFISZ, 2015). A realidade brasileira, nesse quesito, é melhor apenas que El Salvador, Colômbia, Guatemala e a Federação Russa, que possuem taxas superiores àquelas do Brasil. Em relação aos países considerados desenvolvidos, o Brasil tem 48 vezes mais homicídios de mulheres que o Reino Unido; 24 vezes mais homicídios de mulheres que a Irlanda ou Dinamarca, e 16 vezes mais homicídios de mulheres que o Japão ou Escócia (WAISELFISZ, 2015).

O Atlas da Violência de 2017 expõe que em 2015, 4.621 mulheres foram assassinadas no Brasil, correspondendo a uma taxa de 4,5 mortes para cada 100 mil mulheres, ou seja, houve uma discreta redução na taxa de mortes de mulheres. Todavia, a partir dos dados fornecidos pelo SIM não dá para identificar que parcela destes homicídios corresponde às vítimas de feminicídios, uma vez que a base de dados não fornece essa informação. No entanto, este Atlas indica que há diferenças significativas quando se compara as mortes de mulheres negras e não negras. De modo que, enquanto a mortalidade de mulheres não negras teve uma redução de 7,4% entre 2005 e 2015, atingindo 3,1 mortes para cada 100 mil mulheres não negras, na mortalidade de mulheres negras houve um aumento de 22% no mesmo período, chegando à taxa de 5,2 mortes para cada 100 mil mulheres negras, acima da média nacional (IPEA; FBSP, 2017).

As manifestações da violência contra mulheres são múltiplas e sua superação difícil, sendo necessário apoio familiar, emocional, econômico, social e em muitos casos é de suma importância a intervenção de profissionais da rede de enfrentamento, da qual os serviços de saúde fazem parte, para que a mulher consiga sair de uma situação de violência, pois existem inúmeros obstáculos a serem enfrentados nesse processo, os quais se referem às condições econômicas, emocionais, sociais e culturais do meio em que elas vivem aliadas à banalização,

---

13.104 de 09/03/2015 conhecida como lei do Feminicídio que o define como o crime de assassinatos contra mulheres por razões da condição de sexo feminino, ou seja, quando o crime envolve: I - violência doméstica e familiar; II - menosprezo ou discriminação à condição de mulher.

naturalização e à complacência da sociedade em relação à esse fenômeno.

A violência de gênero além dos diversos impactos negativos para a saúde da mulher impacta também o desenvolvimento socioeconômico de um país. Dados de uma Pesquisa do Banco Mundial em parceria com a Fundação Perseu Abramo informam que:

*No mundo:* [...] a cada 5 anos de violência doméstica, a mulher perde 1 ano de expectativa de vida; uma mulher agredida por seu companheiro, em geral, recebe salário inferior ao de uma trabalhadora que não é vítima de violência doméstica. *Na América Latina:* a violência doméstica incide sobre 25% a 50% das mulheres; os custos com a violência doméstica são da ordem de 14,2% do PIB (Produto Interno Bruto), o que significa US\$ 168 bilhões. *No Brasil:* estima-se que a cada 15 segundos uma mulher é agredida, normalmente em seu lar, por uma pessoa com quem mantém relação afetiva; 70% dos crimes contra mulheres acontecem em casa e o agressor é o marido ou o companheiro; a violência doméstica custa ao país cerca de 10,5% do seu PIB (CARREIRA; PANDJIARJIAN, 2003, p.10-11, grifos nossos)

É de conhecimento público a persistência das desigualdades de gênero em várias áreas da vida em sociedade, como no mercado de trabalho e ambiente doméstico, onde ainda predomina a visão de papéis tradicionais de gênero em que tarefas domésticas são ainda consideradas responsabilidade das mulheres. Muitas delas enfrentam o desafio de conjugar trabalho fora de casa e no lar, mantendo-se “prisioneiras” do tradicionalismo desses papéis, sendo pouco negociada com seus parceiros a responsabilidade de tais tarefas (MATOS, 2005). Ainda atribui-se a elas o papel de cuidar da casa, marido, filhos(as) e demais familiares, causando impactos negativos à sua saúde, como sobrecarga de estresse, ansiedade, problemas emocionais variados e doenças crônicas diversas.

Observa-se que nas últimas décadas do séc. XX houve consideráveis mudanças nas identidades e papéis de gênero, provocada pelas denúncias do movimento feminista acerca das desigualdades de gêneros, porém ainda predomina a percepção de que aos homens e mulheres correspondem esferas distintas de ação na sociedade. Sorj (2005, p.81) apresenta dados de pesquisa sobre este tema em que 52,4% dos homens e 45,1% das mulheres concordam que “o trabalho do homem é ganhar dinheiro e o trabalho da mulher é cuidar da casa e da família”, demonstrando a hegemonia de uma visão tradicional de família e dos papéis sociais atribuídos ao gênero.

Sabe-se que no mercado de trabalho até hoje, mantêm-se as desigualdades de salários entre homens e mulheres, onde estas geralmente ganham 30% a menos que eles, mesmo desempenhando as mesmas funções, apesar de possuírem qualificações profissionais melhores

e nível de escolaridade maior (SORJ, 2005). A construção histórica e social das relações de gênero tem imposto às mulheres condições de vida precárias e subalternas, que podem ser observadas na crescente feminização da pobreza, na subvalorização do trabalho feminino, na persistência da violência de gênero, na sobrecarga da tripla jornada de trabalho, todas identificados como desencadeadores do processo saúde-doença das mulheres e destrutivos das vidas destas, mantendo estreita relação com as suas necessidades em saúde (FONSECA; GUEDES, 2011).

Muitas mulheres não tiveram acesso a condições que favorecessem a conquista da independência e autonomia material e simbólica, haja vista que na desigual divisão sexual do trabalho, muitas foram alijadas dos postos de trabalho com melhor remuneração e prestígio social. Não obstante, na contemporaneidade, algumas mudanças sociais e culturais importantes têm sido observadas, havendo transformação dos papéis tradicionais de gênero que caminham na direção da busca de uma maior democratização nos valores de gênero que se configura como um processo de destradicionalização<sup>9</sup> destes papéis (MATOS, 2005).

Essa autora afirma há uma transição de valores de gênero, onde coexistem ao mesmo tempo na sociedade brasileira valores tradicionais e mais democráticos, sendo que os dois processos (tradicionalismo e destradicionalização dos papéis de gênero) não são simplesmente processos opostos, pois ambos possuem relações de imbricamento, sobreposição, aliança e dissensão, muito mais sutis e complexos do que uma mera situação de oposição binária.

Observa-se, também, que o perfil das famílias brasileiras sofreu mudanças, atualmente boa parte destas está sendo chefiadas por mulheres<sup>10</sup>, principalmente, as de camadas sociais menos favorecidas. Sorj (2005), expõe que há um declínio da família nuclear tradicional, formada por um casal e seus filhos, uma ascensão das famílias monoparentais femininas, crescem todas as taxas de separação e divórcio, queda na taxa de fecundidade, ingresso maciço das mulheres no mercado de trabalho, seja em trabalhos formais ou informais, e um aumento do nível de escolarização das mulheres, que lhes ensejou novas oportunidades de ação e de entendimento do mundo e delas próprias, enquanto sujeitos de direito, merecedoras de uma vida livre de opressão e violência.

---

<sup>9</sup> Para maior aprofundamento desta categoria, ver Heelas, Scot e Morris (1996); Inglehart (2003) citados por Matos (2005)

<sup>10</sup> A condição atual de provedoras econômicas da família é, certamente, um indicativo de autonomia feminina junto à família, mas também motivos de constrangimentos e problemas diante da ausência de provisão masculina, situação difícil de ser encarada pelos companheiros no contexto familiar o que, muitas vezes, acaba acentuando ou levando a um quadro de violência doméstica fator de desigualdade de gênero nessa esfera (MENDES, 2008b, p.2).

Embora, percebam-se mudanças ainda, persistem desigualdades de gênero, a exemplo da violência doméstica contra a mulher, que ocorre geralmente na esfera privada, perpetrada pelos próprios maridos e/ou companheiros das mulheres. E há uma espécie de consentimento social deste tipo de violência que é referendado pela cultura machista, patriarcal que alimenta a ideia de que “em briga de marido e mulher, não se mete a colher” como exposto por Saffioti (2004). Todavia, há que se compreender que não se trata de um problema de ordem privada, mas público, de violação de direitos humanos, fundamentais das mulheres, portanto, faz-se necessária o compromisso do estado e da sociedade para seu enfrentamento.

A violência doméstica contra a mulher ocorre tradicionalmente numa relação afetiva e sua ruptura, geralmente, requer uma intervenção externa, pois dificilmente a mulher consegue desvincular-se desse tipo de relação por diversos motivos<sup>11</sup>, se fazendo necessário um conhecimento crítico quanto às especificidades que perpassam as questões de gênero por parte daqueles(as) que trabalham direta ou indiretamente com as mulheres que sofreram agressões, como por exemplo, os(as) profissionais da área saúde, para que desenvolvam intervenções voltadas à prevenção, diagnóstico, tratamento e proteção das mulheres em situação de violência que necessitam de ajuda para romper o ciclo da violência (SAFFIOTI, 2004).

Este ciclo da violência é caracterizado por três fases, sendo a primeira a do acúmulo de tensão, em que há brigas constantes ou disputas que criam um clima de insegurança; a segunda seria o episódio agudo da violência, onde a mulher procura ajuda; e a terceira aquela em que o agressor, geralmente, se arrepende, pede desculpas e o casal retoma a relação, onde a mulher nutre a esperança de que os episódios de violência não mais ocorram iniciando, então, a fase de “lua-de-mel”, na qual o casal faz as pazes e fica enamorado novamente (SCHRAIBER et al., 2005).

Saffiotti (2004) aponta como características específicas da violência contra a mulher a rotinização e a co-dependência. Esta última é definida por Giddens (1993, p. 102) como o relacionamento “em que o indivíduo está ligado psicologicamente a um parceiro cujas atividades são dirigidas por algum tipo de compulsividade”. Denomina-se de relacionamento fixado aquele em que o próprio relacionamento é o objeto de vício (GIDDENS, 1993). Conforme Mendes (2008b) desfazer-se de um relacionamento violento não é simples, são

---

<sup>11</sup> Estas mulheres sofrem com o medo de não conseguirem sustentar os filhos/as sozinhas, pois como em muitos casos o homem é o provedor da família, muitas são dependentes econômica e afetivamente do companheiro fato que contribui para que acabem permanecendo em relacionamentos violentos (DINIZ; PONDAAG, 2006).

muitos fatores envolvidos tais como a dependência afetiva e econômica, desemprego, falta de moradia, educação e escola para os filhos e ausência de suporte emocional, familiar e social:

A decisão da separação não acontece repentinamente, é algo maturado durante bom tempo de convivência e sofrimento onde tentam amenizar muitas dores e ponderar as consequências de uma atitude mais radical. Essa ponderação está associada ao fato de serem, em determinados momentos da vida conjugal, dependentes financeiras dos maridos. Outras vezes, está relacionada ao receio de tocarem a vida sozinha com os filhos pequenos na condição de mulheres separadas considerando, dessa forma, a representação da figura masculina como valor moral necessário no contexto familiar (MENDES, 2008b, p.9).

Além destes fatores deve-se considerar também a insuficiência de equipamentos sociais como creches, onde as mulheres possam deixar seus filhos, para que possam trabalhar e prover sua subsistência e da família, a ausência de suporte social, familiar e econômico são outros obstáculos que as mulheres ponderam na tomada de decisão de abandonar uma relação violenta. Deve-se considerar, ainda, que muitas mulheres não desejam o fim do relacionamento, mas o fim da violência. E elas ainda têm que enfrentar as pressões exercidas pela família e sociedade para preservarem o modelo tradicional da “sagrada família”, pois esta é uma das ideias e valores defendidos pela cultura patriarcal machista que contribui para manutenção das mulheres em relacionamentos/casamentos/uniões em que a violência se faz presente, visto que tradicionalmente se defende que o casamento e a família não devem ser desfeitos.

Mendes (2008b), afirma que as agressões físicas praticadas contra as mulheres pelos companheiros no casamento aparecem associadas ao ciúme, traição, desemprego e dependência alcoólica, onde a pobreza e o álcool são potencializadores e não causadores do problema em si. Conforme Saffioti (2004, p. 83), os pobres estão mais expostos a agentes estressores no seu dia-a-dia, os quais têm um peso significativo na produção da violência, todavia “imputar aos pobres uma cultura violenta significa pré-conceito e não conceito”..

### **3.2 Impactos da violência na saúde das mulheres: as dores no corpo e na alma**

Diante da gravidade dos impactos resultantes das violências sofridas por mulheres, alguns estudos põem em relevo os diversos agravos à saúde e discutem a necessidade de preparar os(as) profissionais para identificar e trabalhar com esse problema. Kronbauer e

Meneghel (2005), evidenciam que a real magnitude da violência, em diferentes sociedades varia entre 20 e 75%, o que demonstra a necessidade de investimentos na realização de novos estudos que visem dimensionar esta realidade alarmante, posto que se sabe ser crescente o número de mortes de mulheres por conta da violência de gênero em todo o mundo. Nesse sentido Pasinato (2011) argumenta que:

Um dos maiores obstáculos para os estudos sobre mortes de mulheres, e sobre os homicídios de forma geral, no Brasil é a falta de dados oficiais que permitam ter uma visão mais próxima do número de mortes e dos contextos em que ocorrem. Os estudos e relatórios sobre a situação dos femicídios em países da América Latina não enfrentam situação diferente. A maior parte dos trabalhos aponta para a falta de dados oficiais, a ausência de estatísticas desagregadas por sexo da vítima e de outras informações que permitam propor políticas de enfrentamento para esta e outras formas de violência que atingem as mulheres. Em muitos casos a estratégia adotada pelos estudos acaba sendo a utilização de dados provenientes de diferentes fontes – como registros policiais, registros médico-legais, processos judiciais, documentos do Ministério Público e, uma das fontes mais utilizadas, a imprensa escrita (PASINATO, 2011, p.233).

No entanto, há que se chamar atenção para o fato de que estes dados podem ser bastante frágeis e contraditórios do ponto de vista metodológico e científico como apontado por Pasinato (2011), pois pode tanto haver duplicidade de informações, como pode haver disparidades nos dados gerados por estas diversas áreas e serviços que atendem mulheres em situação de violência. Pois, na área da saúde, por exemplo, apesar de ser um locus privilegiado para identificação e ação sobre estes casos, há uma grande subnotificação dos mesmos, sendo uma demanda invisibilizada socialmente, cujas ações incidem mais no tratamento e recuperação das marcas e consequências físicas da violência.

A violência de gênero deixa marcas físicas e emocionais nas pessoas que as vivenciam, sabe-se que a violência física pode ser identificada por suas marcas exteriores, pela brutalidade e pela dor que provoca. Mas, do ponto de vista psicológico é muito difícil de avaliar/mensurar essas dores, pois ferem a alma, e mesmo quando a violência física cessa as dores na alma ainda persistem por muito tempo necessitando de tratamento psicológico prologando para superação e ressignificação destas marcas da violência sofrida.

No tratamento dado as mulheres em situação de violência pelos profissionais de saúde, geralmente, tende-se a promover a medicalização de um problema social. Nesse sentido, Meneghel (2015) expõe que a medicalização da violência significa entendê-la apenas como um agravo e reduzi-la ao aspecto físico do problema, sendo assim uma ação ineficaz na

prevenção e na transformação de comportamentos e atos agressivos, além de ensejar a despolitização do problema que tem raízes históricas, culturais ancoradas nas desigualdades de classe, gênero e raça, além de remeter o problema para o âmbito do privado e das relações interpessoais, deixando a cargo das mulheres o enfrentamento desse problema, por não compreenderem este fenômeno como um problema de saúde pública.

No que concerne propriamente à saúde das mulheres, a vulnerabilidade feminina frente a certos agravos de saúde tem mais a ver com a situação de opressão/desvalorização destas nos espaços públicos e privados na sociedade, do que com fatores biológicos. A violência doméstica, especialmente, no âmbito da relação conjugal, assim como a violência decorrente das desigualdades nas relações de trabalho, da sobrecarga pela soma de responsabilidade de trabalho nas esferas pública e doméstica, aliada à falta de poder de decisão sobre o seu próprio corpo, são alguns exemplos dos impactos na sua saúde (FONSECA; GUEDES, 2011).

Embora a violência de gênero, consista em um fenômeno relacional entre homens e mulheres, ela incide, principalmente sobre as mulheres pelas desigualdades já mencionadas anteriormente, constituindo-se como uma questão de saúde pública, entendimento que desde a década de 1990 foi ratificado por organismos nacionais e internacionais como a Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-americana de Saúde, pelo Ministério da Saúde brasileiro, dentre outras instituições.

Minayo (2006) estima que a violência de gênero seja uma das maiores causas de mortes em mulheres de 15 a 44 anos causando mais mortes que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito. Supõe, ainda, que pelo menos 35% das queixas que as mulheres levam aos serviços de saúde estejam relacionadas a algum tipo de violência vivenciada. No entanto, apesar da violência de gênero ser uma causa significativa da morbimortalidade<sup>12</sup> feminina, quase nunca ela é visualizada como um tema para a saúde pública, embora este reconhecimento formal já tenha sido feito por organismos internacionais e nacionais de saúde, mas nas práticas cotidianas de muitos profissionais tal reconhecimento não é observado (PEDROSA; SPINK, 2011; SCHRAIBER; SPINK, 2011; FONSECA; GUEDES, 2011; FERREIRA, 2016)

Entende-se ser necessário discutir temas como relações de gênero, com destaque

---

<sup>12</sup> A morbimortalidade corresponde à relação entre o número de casos de enfermidade ou de morte e o número de habitantes em dado lugar e momento. Disponível em: <https://dicionariodoaurelio.com/morbimortalidade> acesso em 17/09/2017

especial para a violência doméstica contra a mulher, junto aos profissionais de saúde, para que estes(as) possam perceber os sinais verbais e não verbais que as mulheres em situação de violência manifestam ao procurarem um serviço de saúde. Saffioti (2004) afirma que este é um tipo de conhecimento que não é dominado por nenhuma categoria ocupacional e que merece atenção.

Na área da saúde deve-se atentar para a predominância de uma assistência tradicional pautada por heranças de programações de saúde e formação profissional fragmentada e biologicista, somada à influência das construções sociais de gênero pautadas por estereótipos impondo às mulheres lugares de obediência e submissão, fazendo com que muitas silenciem sobre as violências sofridas para os(as) profissionais de saúde. Esses aspectos inter-relacionados na dinâmica da realidade social contribuem para a invisibilidade dos impactos da violência sobre a saúde das mulheres e do seu enfrentamento (FONSECA; GUEDES; SILVA, 2009).

Nesse sentido, é importante também ressaltar a necessidade de conhecimento dos(as) profissionais de saúde a respeito dos tipos e características mais comuns da violência doméstica praticada contra as mulheres a fim de que possam identificá-la quando estiverem diante de tal situação. A violência *física* pode ser caracterizada por empurrões, tapas, socos, pontapés, enforcamento, facadas, tiros, pedradas, queimaduras, tentativa de asfixia, mordidas, arranhões, puxões de cabelo, dentre outras; a violência *psicológica* pode ser manifestada por meio de deboches, humilhações, insultos, ofensas, ameaças, intimidações, promessas de morte, privação de liberdade, danos a animais de estimação, danos ou ameaças a pessoas queridas, impedimento de trabalhar e/ou de contato com a família e amigos, danos propositais a objetos queridos; a violência *econômica* pode ser manifestada através de privação de dinheiro, exploração injusta e desigual do trabalho, como o trabalho escravo; e a violência **sexual** por meio de relação sexual forçada, estupro, expressões verbais ou corporais que não são do agrado da pessoa, toques e carícias não desejados, exibicionismo e voyeurismo, prostituição forçada, participação forçada em pornografia (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2002; STREY, 2004).

Essas diversas formas de violência podem ser considerada como fator de risco para uma série de agravos à saúde, doenças agudas e crônicas tais como comportamento abusivo de álcool, cigarro e outras drogas, depressão, tentativas de suicídio, síndromes de dor crônica, distúrbios psicossomáticos, fibromialgias, lesões físicas diversas, distúrbios gastrintestinais, síndrome do intestino irritável, consequências diversas à saúde reprodutiva como maior índice

de gravidez indesejada, abortos espontâneos, natimortos, lesões fetais, partos e nascimentos prematuros, morte materna, baixo peso ao nascer, DST's, HIV, dentre outros agravos (KRUG et al., 2002).

A violência deixa marcas não só físicas, afeta o desenvolvimento pessoal, social e psicológico das vítimas, comprometendo a saúde como um todo. Sintomas identificados nas mulheres em situação de violência, a exemplo de distúrbios do sono, transtornos de ansiedade, depressão, dependência química e baixa autoestima são cada vez mais comuns de serem encontrados. Krug et al., (2002) observaram que mulheres com histórico de violência de gênero tinham mais problemas físicos e mentais que poderiam afetar seu desempenho no trabalho e comprometer o salário e a sua capacidade de produzir. Dados do relatório brasileiro para a CEDAW<sup>13</sup> demonstram que um em cada cinco dias não trabalhados pelas mulheres tem como causa a violências doméstica, demandando socorros médicos, policial, de assistência social e jurídica (NEGRÃO, 2004).

Dados de uma pesquisa realizada em dois hospitais públicos do Rio Janeiro, por Deslandes, Gomes e Silva (2000), com usuárias que sofreram violência doméstica, onde foi elaborada uma “geografia das lesões” decorrentes dessa violência, demonstram que as partes do corpo das mulheres mais atingidas pelos agressores são a face e a cabeça, atingidas com socos no olho e mandíbula, assim como braços e mãos, quando estas tentavam proteger outras áreas do corpo como o rosto. Seguida da região do tronco, tórax, costas e abdômen, locais onde geralmente são desferidos golpes como chutes e facadas, por fim os membros inferiores. Ressalta-se também que em muitos casos várias partes do corpo são lesionadas em uma situação desta.

Conhecer esta geografia das lesões pode contribuir para que o(a) profissional suspeite de casos não declarados pelas mulheres que se encontram em situação de violência. Sabe-se que algumas mulheres por medo, vergonha, ou outros fatores alegam ter sofrido acidentes domésticos, queda e tropeços. Diante dessas situações a postura do(a) profissional ao demonstrar apoio, acolher, realizar uma escuta sensível, estabelecer um vínculo de confiança com a mulher pode favorecer a revelação da situação de violência vivida.

Muitas vezes as queixas e sintomas apresentados pelas mulheres podem não apontar sinais objetivos como esperado pela racionalidade biomédica e mesmo quando apresentam características de um agravo à saúde, decorrente de atos de violência, alguns profissionais

---

<sup>13</sup> Comitê para eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher - CEDAW

desconsideram e restringem sua atuação ao cuidado das alterações anatomopatológicas, de modo que a situação de violência é negada ou tratada como sendo de ordem psicológica ou social (PEDROSA, 2003).

Os profissionais de saúde para estarem aptos a identificar e lidar com situações que não se caracterizam como patologias, necessitam de treinamento e supervisão para que aprendam a conversar sobre esse assunto com as mulheres durante o atendimento, devem aprender a lidar com seus próprios valores, para que saibam como incluir questões de gênero na prática assistencial, além de adquirirem conhecimentos sobre a rede intersetorial de atendimento a estas mulheres que se encontram em situação de violência (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2013).

Dados de uma pesquisa<sup>14</sup> sobre o atendimento à mulher em situação de violência na rede pública de saúde de Belo Horizonte revelam que a cada 4 minutos uma mulher é agredida no seu próprio lar por alguém com quem ela mantém uma relação de afeto, resultando em lesões corporais graves, causadas por socos, chutes, tapas, queimaduras, espancamentos, estrangulamentos (PEDROSA, 2003).

Tais dados parecem manter-se atuais no que se refere à atuação dos(as) profissionais de saúde. Como Assistente Social em dois hospitais da rede pública de Teresina-PI, desde 2011, presencio essa realidade cotidianamente, fato que suscitou questões e reflexões que ensejaram a realização desta pesquisa. Dados do Relatório Mundial sobre violência e saúde afirmam que cerca de 40% a 70% das mulheres que sofrem violência, já apresentaram ferimentos decorrentes desta em algum momento da vida, para os quais necessitou de tratamento e de cuidados médicos (KRUG et al., 2002).

Todavia, este é um problema de difícil dimensionamento na área da saúde, principalmente pela baixa notificação dos casos, pela baixa qualidade dos registros nos prontuários e fichas de atendimento, que se limitam à descrição das lesões não explicitando as origens destas. Existe, ainda, o problema da diversidade de fontes de informações que muitas vezes usam definições diferentes para o mesmo fenômeno, assim como pela ausência de inquéritos populacionais específicos sobre esse tema, como explicitado por Kronbauer e Meneghel (2005).

Schraiber et al., (2005) em seu estudo afirmam existir muitos obstáculos concernentes

---

<sup>14</sup> Esta pesquisa foi organizada pelo movimento popular da mulher e coletivo de mulheres negras em parceria com o Hospital municipal Odilon Behrens, foi publicada no Jornal Rede Saúde em 1999 (PEDROSA, 2003)

à comunicação e a linguagem, no que se refere à enunciação do problema e, também, na forma de abordagem deste nos serviços de saúde. Por essa razão, considera-se importante, que sejam pensadas e operacionalizadas estratégias de sensibilização e aproximação dos profissionais da saúde com a temática da violência doméstica contra a mulher, a fim de se superar as dificuldades e resistências na incorporação, de fato, deste fenômeno como um problema de saúde pública.

É necessário também que as mulheres falem sobre a violência vivenciada para os(as) profissionais junto aos quais elas buscam atendimento. Mas, os(as) profissionais de saúde devem compreender que esta ocultação se dá por algumas razões como medo, culpa, vergonha, ou até mesmo como uma estratégia de sobrevivência, como forma de evitar conflitos e brigas e atenuar os episódios de violência para proteger os(as) filhos(as) e não macular a imagem social da família, visto que foram educadas para suportarem as violências em nome da manutenção da vida familiar e do casamento e assim não serem desmoralizadas socialmente por não terem mais um homem chefiando a família, como apontam Diniz e Pondaag (2006).

O sentimento de desmoralização e humilhação pública, decorrente das agressões, faz com que, muitas vezes as mulheres ocultem a agressão sofrida restringindo-a ao espaço privado da casa e parte da família. Não obstante, a autora chama atenção para o fato de que esse tipo de comportamento acaba, inconscientemente, corroborando para a manutenção da situação de violência (MENDES, 2008b). Portanto, os(as) profissionais de saúde devem ser preparados para identificar e agir sobre a violência, visto que a presença do silêncio sobre a violência sofrida não elimina as marcas e dores no corpo e na alma das mulheres decorrentes da violência, conforme Diniz e Pondaag (2006).

Muitas mudanças devem ser implementadas na assistência às mulheres em situação de violência no tocante ao modelo de gestão, estruturação dos serviços e o modo de ver e intervir no problema. Uma das mudanças necessárias e urgentes se refere à adoção de uma postura profissional acolhedora e não julgadora que transmita confiança para a usuária. As condições de trabalho observadas em muitos hospitais públicos, também é um fator importante de dificuldade, visto que não propiciam ao(a) profissional a realização de um atendimento adequado às especificidades desta demanda, que requer escuta qualificada e encaminhamentos para os órgãos institucionais da rede de proteção à mulher em situação de violência.

Observa-se que na prática a dinâmica geral do atendimento regente, conforme Ferrante e Vieira (2008), as mulheres não falam e os(as) profissionais não perguntam, revelando assim

a dificuldade de comunicação quando se trata da violência contra a mulher, onde o silêncio e a invisibilidade podem ser resultado do medo, vergonha, preconceito e desqualificação dos serviços e dos(as) profissionais no exercício desse trabalho ao lidar com esta demanda.

Nesse caso, é importante saber perguntar e saber escutar. Vários hospitais ao redor do mundo têm elaborado protocolos sugerindo a pergunta sobre a violência contra a mulher, a qual pela sua alta prevalência deveria ser feita a todas as mulheres, essa é uma iniciativa que visa tornar a violência doméstica visível no interior dos serviços (SCHRAIBER et al., 2005).

Quando se entrevista uma vítima de violência segundo Velázquez (2006) é necessário usar uma metodologia comunicacional entre quem consulta e quem é consultado que leve em consideração a “geografia de la subjetividade” e isso requer tanto em quem entrevista como em quem é entrevistado estabelecer os limites, observar os excessos e respeitar as fronteiras do falar e do calar de cada um, sendo necessário estar atento ao posicionamento subjetivo dos envolvidos nesse diálogo. Para esta autora “las conductas tanto de quien entrevista como de quien consulta se condicionan, se estimulan y se reactivan mutuamente” (VELÁZQUES, 2006, p.253).

Sabe-se que as mulheres em situação de violência frequentam, rotineiramente, os serviços de saúde, porém com queixas vagas. E na trajetória destas mulheres em busca de ajuda muitas procuram, regularmente, prontos socorros e ambulatórios que, em geral, os(as) profissionais não conseguem identificar a violência doméstica e suas repercussões na saúde, e também não a compreendem como uma questão de saúde pública, muitas vezes, não assumem a responsabilidade que lhes cabem enquanto atores da rede de enfrentamento a violência.

Portanto, os(as) profissionais de saúde no atendimento devem buscar ter um olhar crítico e integral para esse problema, tendo clareza e compreensão destes múltiplos aspectos que giram em torno da decisão da mulher romper com a relação violenta para que não naturalizem ou culpabilizem-nas pela situação de violência vivida. Muitos(as) profissionais de saúde desconhecem essas razões de permanência em relacionamentos violentos e tem dificuldades de trabalhar com esta demanda.

Há também certa omissão por parte do Estado que não se compromete em preparar de forma efetiva e continuada os(as) profissionais de saúde e dos diversos serviços da rede de enfrentamento para atenderem adequadamente essas mulheres que sofrem violência, considerando, ainda, que esse é um tema marginalizado desde a formação acadêmica dos/as profissionais de saúde. Nos setores da saúde, principalmente na área hospitalar e nas

urgências, há o predomínio da racionalidade biomédica, centrada na doença, onde os determinantes sociais das doenças, a exemplo das violências, são tratados como causas externas (MINAYO, 1994), de modo que nem sempre são buscados pelos(as) profissionais, durante o atendimento, os reais motivos que as levaram ao hospital, especialmente quando se trata de temas compreendidos como pertencentes à esfera da vida privada, como é o caso da violência doméstica, resultando, por vezes, em intervenções reduzidas ao tratamento das consequências físicas deste fenômeno.

### **3.3 Políticas Públicas de Enfrentamento a Violência contra a mulher: os mecanismos institucionais de combate à violência no Brasil**

O conceito de política pública vai além de uma mera intervenção do Estado numa situação social tida como problemática, é uma forma contemporânea de exercício de poder nas sociedades democráticas, produto de uma complexa interação entre Estado e Sociedade (GIOVANNI, 2009). Para este autor o conceito de políticas públicas é evolutivo, tendo em vista que a realidade é dinâmica e sofre um constante processo de transformação histórica nas relações entre Estado e Sociedade.

Segundo Boneti (2007), toda política pública é originada de uma ideia e esta de uma pressuposição ou de uma vontade, cuja análise deve levar em conta o contexto que a originou, a conjugação de interesses existentes, as inserções ideológicas, as concepções científicas vigentes, as correlações de forças sociais presentes, pois uma política pública resulta da dinâmica adotada em toda sua trajetória, desde a sua elaboração até sua efetivação. Portanto, há que se pensar em todas as suas fases, compreendendo o antes, o durante e o depois, e todos os agentes e elementos envolvidos neste processo. Para esse autor políticas públicas são:

As ações que nascem do contexto social, mas que passam pela esfera estatal como uma decisão de intervenção pública numa realidade social, quer seja para fazer investimentos ou para uma mera regulamentação administrativa. Entende-se por políticas públicas o resultado da dinâmica do jogo de forças que se estabelece no âmbito das relações de poder, relações essas constituídas pelos grupos econômicos e políticos, classes sociais e demais organizações da sociedade civil (BONETI, 2007, p.74).

O processo decisório que leva à constituição de uma política pública depende de fatores estruturais, situacionais, de elementos cognitivos, da personalidade e estratégia dos gestores. E em muitos casos pode ocorrer o que se denomina de “não-decisão”, usando ações

e atividades para evitar ou esquivar-se de uma demanda de mudança, conforme Flexor e Leite (2006). Como exemplo de uma não decisão cita-se a morosidade na implementação de mecanismos de enfrentamento da violência de gênero que só veio a ser implementada pelo Estado brasileiro, depois de cobranças do movimento feminista e sanções de organismos internacionais, como a Organização dos Estados Americanos (OEA), que puniu o Brasil por se omitir na implementação de políticas públicas de gênero que respondessem às demandas das mulheres em situação de gênero.

Toda política pública está integrada num conjunto de políticas governamentais e constitui uma busca para o bem estar coletivo, sendo que cada política dá prioridade a determinados aspectos da realidade, em função de urgência e relevâncias estabelecidas. Todavia, as prioridades não são determinadas apenas pelos planejadores, com base na razão técnica, considera-se, também, o poder político dos diferentes grupos sociais que de acordo com sua capacidade de articulação dentro do sistema político, vão de fato determinar as prioridades que serão traduzidas em políticas públicas.

Nem todos os problemas são facilmente inseridos numa agenda governamental, isto depende de muitos fatores, das correlações de forças dos jogos de poder, das negociações entre atores políticos presentes na arena. Flexor e Leite (2006), entendem que a produção de políticas tem início com a identificação de um problema e a construção de uma agenda, sendo que a construção da agenda representa o conjunto de problemas percebidos e que é capaz de estimular um debate público e a intervenção de autoridades políticas legítimas. Alertam os autores que o termo políticas públicas nem sempre se refere necessariamente às políticas do Estado, pois pode envolver, também, outras ações igualmente públicas oriundas de instituições não-governamentais, a exemplo dos movimentos sociais.

As transformações políticas, econômicas e culturais que ocorreram no mundo, principalmente a partir da década de 1970, que experimentou um contexto de crise fiscal, aliado ao surgimento de novas demandas que foram sendo legitimadas e passaram a compor a agenda governamental, impôs aos governos mudanças nas suas agendas tradicionais. De acordo com Gontijo (2012), face às pressões e reivindicações de vários grupos sociais minoritários e excluídos que requeriam a ampliação da equidade, o respeito à diversidade, tais temas passaram a ser debatidos em fóruns no mundo inteiro, onde organizações internacionais defendiam a implantação de políticas públicas voltadas às questões de gênero, raça, etnia, direitos humanos, meio-ambiente, dentre outros temas.

Nesse sentido, destaca-se que a discussão sobre políticas públicas de gênero<sup>15</sup> e de enfrentamento a violência de gênero não foi introduzida na agenda pública, nem na área da saúde de forma espontânea, mas devido à intensa e contínua luta dos movimentos feministas e movimentos de mulheres, que desde a década de 1960 provocavam o debate sobre as questões de gênero, saúde, sexualidade, violência, trabalho, dentre outros.

A constituição do novo campo temático e expressivo de estudo da violência de gênero no domínio das Ciências Sociais, que ensejou a criação de disciplinas, cursos, grupos de trabalho em fóruns acadêmicos, assim como a instalação de núcleos de estudos e pesquisas em diversas universidades em todo o país, também, contribuiu para a elaboração de políticas públicas mais consistentes de enfrentamento a esta forma de violência (BANDEIRA, 2014).

Nesse contexto, os movimentos sociais formados por mulheres de diversos segmentos sociais e por feministas de vertentes teóricas distintas, articularam-se para que o Estado criasse mecanismos de enfrentamento à violência de gênero por meio de políticas públicas, em diversas áreas como a justiça, saúde, segurança e assistência social, tendo em vista os múltiplos impactos econômicos, sociais, familiares e de saúde decorrentes deste tipo de violência. Entendendo-se aqui saúde não apenas como a ausência de doenças, mas o completo bem estar biopsicossocial do ser humano, conforme definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

O movimento feminista passou, também, a denunciar o controle e a tutela exercidos sobre a vida e o corpo das mulheres por instituições como a família, as religiões, a medicina e o Estado. Criticavam, ainda, o modelo de atenção à saúde das mulheres, considerado reducionista e biologicista, focado apenas na saúde sexual e reprodutiva destas, desconsiderando os aspectos econômicos, sociais e culturais que interferem no processo saúde-doença das mulheres que não contemplava uma assistência integral como requeriam.

A partir da década de 1980 a violência contra a mulher se torna uma das bandeiras de luta mais importantes do movimento feminista na área da saúde, e ao final desta década, algumas iniciativas de programas e ações, como a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), passaram a ser implementados, incorporando a assistência aos casos de violência sexual e doméstica contra a mulher, mas este também foi alvo de muitas críticas pelo movimento feminista por entender que este programa ainda trabalhava numa perspectiva

---

<sup>15</sup> O termo políticas públicas de gênero implica e envolve não só a diferenciação dos processos de socialização entre o feminino e o masculino, mas também a natureza dos conflitos e das negociações que são produzidos nas relações interpessoais [...] e envolvem também a dimensão da subjetividade feminina que passa pela construção da condição de sujeito (BANDEIRA, 2005).

reducionista não englobando muitas necessidades de saúde das mulheres, estando sujeito a várias reformulações ao longo das décadas seguintes.

A década de 1975 a 1985 ficou conhecida como a década da mulher, pois a partir da realização da primeira Conferência Mundial de Mulheres, no México, foram elaboradas propostas e recomendações para a melhoria das condições de vida das mulheres em todo o mundo que caminham na direção da igualdade de gênero, de oportunidades entre homens e mulheres em todas as áreas da vida em sociedade (BANDEIRA, 2005).

Então, diante dos altos índices de violência contra as mulheres no mundo inteiro e das gritantes desigualdades de gênero que impactam negativamente a saúde, a vida e o desenvolvimento destas, organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), a Organização das Nações Unidas (ONU), desde a década de 1980 reconheceram o problema da violência contra a mulher como uma violação aos direitos humanos e como um grave problema de saúde pública (MINAYO, 1994).

Tal entendimento está expresso em vários tratados e Convenções tais como a declaração da Conferência Mundial dos Direitos Humanos de Viena (1993); a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir, e Erradicar a Violência Contra a Mulher; a Convenção de Belém do Pará (1994), e em 1995 passou a fazer parte do Programa de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim 1995; a Convenção Para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW) da qual o Brasil, desde 2002 é signatário. Tais documentos consideram as questões de gênero e desigualdades de poder que ensejam a violência contra a mulher como uma questão social e uma questão de saúde pública que atinge mulheres em todo mundo, provocando milhares de mortes evitáveis todos os anos (BANDEIRA, 2005).

Essas convenções atribuem a responsabilidade do enfrentamento deste problema ao Estado por meio de políticas públicas que promovam a equidade de Gênero, visando romper com um universo restrito de não reconhecimento da alteridade do outro para se caminhar em direção ao espaço da equidade, da emancipação e da cidadania (BANDEIRA, 2005). Também responsabilizam a sociedade civil no sentido de desenvolver relações sociais, culturais, econômicas e políticas mais democráticas e equânimes entre os gêneros (FARAH, 2004).

Nas últimas décadas houve avanços significativos no que se refere às políticas públicas de combate a violência contra a mulher no Brasil, assim como a elaboração de uma

série de normativas legais que regulamentam e dão as diretrizes de trabalho no enfrentamento da violência, tais como a construção de uma Rede de Enfrentamento<sup>16</sup>.

Fazem parte da Rede de Enfrentamento a Violência contra a Mulher no Brasil: as Delegacias Especializadas de Atendimento a Mulher - DEAMs; as Casas Abrigo; A Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher- PNAISM; o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher-CNDM; os Juizados Especiais; as Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, do Ministério da Saúde; Serviços de Atendimento a Mulher Vítima de Violência Sexual – SAMVVIS.

Em 2003 foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres-SPM com status de ministério, inaugurando um novo momento da história do país no tocante a formulação, coordenação e articulação de políticas de promoção da igualdade entre mulheres e homens. Neste mesmo ano foi promulgada a lei 10.778 de 2003 que instituiu a notificação compulsória de casos de suspeitas de violência doméstica contra a mulher, criança e idoso(a) pelos(as) profissionais da saúde.

Em 2005 foi criada a Central de Atendimento à Mulher em Situação de Violência - Ligue 180; em 2006 o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres e a Lei 11.340/2006, conhecida como lei Maria da Penha, um valioso instrumento legal para o enfrentamento e combate a violência contra a mulher que inova ao tipificar as formas de violência contra a mulher, ao considerar essa violência como crime, extingue as penas alternativas de outrora, impede a retirada da denúncia por parte das vítimas, prever medidas socioeducativas de reeducação dos agressores, entre outros avanços.

Em 2011 foi elaborada a Política Nacional de Enfrentamento a Violência Contra a Mulher e o Pacto Nacional de Enfrentamento a Violência Contra a Mulher e em 2013 foi criado o Programa “Mulher, Viver sem Violência” que tem como intuito integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de violência através da articulação dos atendimentos especializados no âmbito da saúde, da justiça, da segurança pública, da rede socioassistencial e da promoção da autonomia financeira, além de vários outros serviços da rede não governamental e de organizações da sociedade civil.

---

<sup>16</sup> A noção de rede, sejam elas sociais ou de serviços, constitui-se de uma conjunção de nós e relações, com movimentos horizontais, verticais, transversais, a exemplo de um holograma. É uma ideia que rompe com relações hierárquicas, como as gestões verticais, nas quais alguns mandam e outros obedecem, [...], nas redes os objetivos são definidos coletivamente, articulando pessoas e instituições que se comprometem a superar de maneira integrada os problemas sociais (NEGRÃO, 2004).

O estabelecimento desta rede de serviços depende da articulação das ações e interação entre os agentes de trabalho que viabilize um projeto assistencial comum para os casos de violência contra a mulher em que cada profissional e setor assistencial têm uma contribuição parcelar, específica, mas interdependente, onde todos devem se guiar pela defesa dos direitos humanos e sociais das mulheres, assim como devem estabelecer relações interpessoais não violentas como diretriz ética e política de trabalho (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Conhecer esses mecanismos legais, normatizações, instituições e serviços da rede de enfrentamento a violência contra a mulher é importante para que possam ser desenvolvidos laços mais estreitos de referência e contra referência viabilizando a concretização de um projeto assistencial comum a todos os envolvidos nesse processo, de modo que as decisões sejam compartilhadas com as mulheres transformando suas rotas em busca de ajuda menos difíceis e mais efetivas na garantia dos seus direitos humanos.

### **3.4 O atendimento a mulher em situação de violência no campo da saúde: permanências e mudanças**

Em âmbito internacional desde a década de 1960-70, o movimento internacional de mulheres decidiu pautar tanto a violência doméstica como a saúde como temas centrais da sua agenda. No entanto, a compreensão das relações entre a violência sofrida pelas mulheres e as repercussões na sua saúde não se deu de forma automática, posto que havia um silêncio, uma ausência de discurso sobre o tema como apontado por Diniz (2006).

No Brasil desde a década de 1980, com o surgimento de grupos de mulheres que problematizavam a questão da violência em interface com o campo da saúde, este problema passou a ser alvo de vários estudos com intuito de dar visibilidade a essa questão, bem como subsidiar a elaboração de respostas do Estado ao problema através de políticas públicas como já mencionado na seção anterior. O acúmulo conceitual do feminismo “foi resultado de uma já tradicional *infiltração* de feministas tanto no papel de formuladoras de políticas quanto na academia, propiciando uma interfecundação entre ativismo político, criação de serviços e produção de conhecimento” (DINIZ, 2006, p.174).

Atualmente, já existe uma vasta literatura em âmbito internacional, nacional e local sobre violência contra a mulher e a área da saúde que abordam aspectos do atendimento profissional como os trabalhos de: Schraiber, D'Oliveira (1999); Deslandes, Gomes, Silva

(2000); Krug et al., (2002); Schariber, D'Oliveira (2002); Pedrosa (2003); Diniz, (2006); Schraiber et al., (2005); Minayo (2006); Monteiro et al., (2006); Velázquez (2006); Manita, Riberio, Peixoto (2009); Fonseca, Guedes (2011); Pedrosa, Spink (2011); Schraiber, Kiss (2011); Schuch (2012); Oliveira (2015); Ferreira (2016) dentre outros.

Compreende-se aqui o *atendimento* como “o ato de atender, prestar atenção, acolher, considerar. Significa estar atenta/o ao que a outra pessoa expõe e ao modo como se expressa, o que garante as ferramentas adequadas para um melhor acolhimento” (BRASIL, 2015b, p.20). Para um atendimento adequado a uma mulher em situação de violência são necessárias algumas características ao profissional, tais como: estar atenta/o ao que expressa a mulher, sem invadir seu espaço; saber ouvir; transmitir confiança e compreensão com o caso; expressar-se de forma equilibrada, independente de qual seja a situação apresentada (BRASIL, 2015b).

Não obstante, não é isso que se observa no atendimento destinado às mulheres em situação de violência doméstica que buscam ajuda nos serviços de saúde desde a atenção primária a alta complexidade. Schuch (2012) afirma que o próprio Ministério da Saúde admite que os(as) profissionais de saúde não estão preparados, nem capacitados para prestar assistência adequada às mulheres em situação de violência, de modo que a maioria dos serviços de saúde não estão estruturados para identificar, tratar e contribuir para a prevenção, nem para o efetivo enfrentamento deste problema. Esta autora argumenta ainda que é recorrente a compreensão por parte dos(as) profissionais da violência doméstica como um problema que diz respeito a área da segurança, justiça e assistência social, mas não como uma questão de saúde.

Sabe-se que o perfil de morbimortalidade de homens e mulheres varia em função das condições sociais, de classe e gênero, posto que estes(as) estão expostos a padrões diferentes de sofrimento, adoecimento e morte. As mulheres geralmente vivem mais que os homens, todavia adoecem com maior frequência, haja vista que os problemas de saúde podem ser agravados pela situação de violência doméstica a qual são expostas rotineiramente, pela discriminação/opressão nas relações no trabalho, pela sobrecarga de acumular muitas vezes uma tripla jornada de trabalho, dentre outros fatores (BRASIL, 2004).

Há que se considerar ainda que “a vulnerabilidade feminina diante de certas doenças e causas de mortes está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos” (BRASIL, 2004, p.9). Ressalta-se que quando se trata da violência praticada contra homens, esta ocorre na maioria das vezes no espaço da rua, sendo

enquadrada na violência urbana. Já as mulheres sofrem violência, principalmente, dentro de casa e são mortas, majoritariamente, por seus companheiros e/ou ex-companheiros (CARREIRA; PANDJIARJIAN, 2003; MINAYO, 2006). Então, entende-se ser necessário a adesão da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico das condições de adoecimento e morte de homens e mulheres que possam subsidiar o planejamento de ações de saúde que contribuam para o enfrentamento deste grave problema de saúde pública que é a violência doméstica contra a mulher.

Nos serviços de saúde, em todas as idades, até os 59 anos, os atendimentos às mulheres superam os atendimentos aos homens. Entre os tipos de violência sofrida pelas mulheres, a violência física é a mais frequente, presente em 48,7% dos atendimentos, com maior incidência nas etapas jovem e adulta da vida da mulher, quando representa cerca de 60% do total de atendimentos. Em segundo aparece a violência psicológica que está presente em 23,0% dos atendimentos, em todas as fases da vida, principalmente na idade jovem. Em terceiro a violência sexual, objeto de 11,9% dos atendimentos, com maior incidência entre as crianças até 11 anos de idade (29,0% dos atendimentos) e as adolescentes (24,3%), conforme estudo de Waiselfisz (2015).

Mulheres que sofrem violência doméstica utilizam mais os serviços de saúde e por períodos maiores em razão dos diversos impactos à sua saúde, envolvidos no processo saúde-doença<sup>17</sup> que geram demandas de atendimento em várias fases e ciclos da vida (KRUG et al., 2002). O setor saúde é considerado lócus privilegiado para identificar, assistir e prevenir esse problema, pois as mulheres são as principais usuárias dos serviços de saúde, tanto ao buscarem atendimento para si mesmas, como acompanhando outros familiares como crianças, idosos/as, até mesmo os companheiros quando estes adoecem, nesse sentido Minayo (2005) afirma que:

Historicamente a saúde é porta privilegiada e contínua para casos de violência em razão do impacto que a violência provoca na qualidade de vida das pessoas; pelas lesões físicas, psíquicas, espirituais e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médicos e hospitalares e porque atinge os temas tratados no conceito ampliado de saúde. (MINAYO, 2005, p.61)

---

<sup>17</sup> Sabe-se que na produção da saúde e/ou da doença vários fatores estão implicados como os aspectos sociais, econômicos, culturais os quais variam de acordo com o contexto histórico, pois as desigualdades sociais e de gênero se revelam nas formas de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa, ou de grupos específicos como as mulheres, às históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres impactam de forma negativa as condições de saúde e doença das mulheres (BRASIL, 2004).

Conforme Krug et al.; (2002), as pessoas que sofrem violência doméstica e sexual quando comparadas a pessoas que não sofreram nenhum tipo de abuso ou violência, tem mais problemas de saúde e demandam mais procedimentos de saúde como consultas médicas, internações em hospitais, passam mais por cirurgias, consomem mais medicamentos. Todavia, na maioria dos países, os médicos e enfermeiros dificilmente buscam informações se a mulher sofreu ou está sofrendo abuso e/ou violência.

Na área da saúde trabalhe-se com três níveis de atenção<sup>18</sup> à violência: inicialmente tem-se a *atenção primária* em que se deve trabalhar ações de prevenção a violência, ou seja, antes que ela aconteça; na *atenção secundária* deve-se oferecer respostas mais imediatas ao problema como assistência pré-hospitalar, atendimentos especializados e de urgência e emergência; já na *atenção terciária* realiza-se abordagens mais longas e direcionadas à reabilitação e reintegração das pessoas que sofreram violência, visando minimizar os traumas e sequelas da violência (NJAINÉ, 2015). Contudo, em cada um destes níveis de atenção os(as) profissionais podem identificar, acolher, orientar, além de referenciá-las para a rede de enfrentamento a violência, sendo que as ações devem ser realizadas de forma humanizada, interdisciplinar, intersetorial e integral visando a qualidade da assistência que possibilite a abertura de caminhos para a superação da situação de violência, emancipação e empoderamento destas mulheres.

Na área da saúde observam-se algumas permanências e mudanças no atendimento a mulher em situação de violência, pois embora tenha ocorrido o reconhecimento da violência contra a mulher como problema de saúde pública, onde em termos de elaboração de políticas públicas percebeu-se alguns avanços como a criação do PAISM; de serviços especializados de atendimento a mulher vítima de violência sexual os SAMVVIS; da lei 10.778 de 2003 da Notificação compulsória de casos de suspeita de violência doméstica contra mulher, criança, idoso; este ano foi sancionado a lei 13.427 em 30/03/ 2017 que altera o art. 7º da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19/09/1990, para inserir entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) o princípio da organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral (BRASIL, 2017).

---

<sup>18</sup> O atendimento pelo SUS acontece em três níveis de atenção: no primeiro entendido como atenção básica ou primária, estão as Unidades Básicas ou Postos de Saúde, a “porta de entrada” ao SUS, onde são marcadas consultas e exames e realizados procedimentos menos complexos, como vacinação e curativos; no segundo, entendido como de média complexidade, estão as Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais Escolas, que dão conta de alguns procedimentos de intervenção, bem como tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças; e no terceiro, de alta complexidade, estão os Hospitais de Grande Porte, onde são realizadas manobras mais invasivas e de maior risco à vida (BRASIL, 2009a).

No que se refere às práticas cotidianas dos(as) profissionais de saúde existem muitas dificuldades de operacionalização de ações que se coadunem ao disposto nestas legislações, percebe-se a ausência de uma assistência adequada ou mais específica para atendimento desta demanda que envolve barreiras pessoais dos(as) profissionais, das mulheres em revelar a situação de violência vivida e barreiras institucionais para efetivação de um atendimento mais qualificado e humanizado, sobre isso Schariber e Kiss (2011) afirmam que:

No cotidiano dos serviços de saúde a incorporação da temática mostra-se discreta e reticente. O compromisso assumido por instâncias políticas parece não atingir diretamente o trabalho dos agentes concretos da prática em saúde. Estudos internacionais apontam como barreiras nessa direção: a resistência à revelação da situação pela mulher; preconceitos (de classe, raça, sexismo, de idade, homofobia) ou valores éticos e culturais que desvalorizam a questão para a assistência; a falta de conhecimento do profissional sobre o tema; o despreparo do profissional; a falta de tempo; ausência de controle quanto aos resultados da intervenção; desconhecimento ou a efetiva ausência de redes de atendimento que possam ser referências específicas. A elas acrescentaríamos a racionalidade técnico-científica que embasa as práticas e o trabalho profissional como um obstáculo de ordem epistemológica na abordagem de temas cuja natureza remete de imediato à sociabilidade, à cultura e ao emocional-afetivo. Esta questão, que se aplica ao estudo da violência em geral, exacerba-se no caso das violências associadas às relações de intimidade, tal como a violência de gênero (SCHRAIBER; KISS, 2011. p. 1944).

Na pesquisa realizada em dezenove serviços de saúde, da rede pública de São Paulo, que envolveu profissionais de saúde e mulheres usuárias destes serviços, mostrou que tanto os dados quantitativos como qualitativos reafirmam a invisibilidade<sup>19</sup> da violência contra mulheres na assistência à saúde, reiterando a literatura sobre o tema. O pensar e o agir em saúde são pautados nos pressupostos e na organização da clínica médica, que privilegia em sua abordagem as lesões ou as disfunções orgânicas (SCHRAIBER; KISS, 2011).

Ao analisar o atendimento prestado à mulher com suspeita de violência, Ferreira (2016) afirma que é notória a dificuldade dos(as) profissionais em assumir uma atitude de escuta durante o atendimento, desconsideram o contexto social e a vivência da mulher, estabelecendo uma relação frágil, cujo foco do atendimento centra-se na queixa principal da usuária e na cura das sintomatologias apresentadas.

---

<sup>19</sup> A invisibilidade refere-se à falta de reconhecimento deste problema como um problema social grave que atinge milhares de mulheres no mundo inteiro, em todas as fases da vida, cuja responsabilidade de enfrentamento é de toda a sociedade e merece propostas de resolução de caráter público (SCHRAIBER et al., 2005).

As ações dos(as) profissionais geralmente reduzem o problema da violência aos seus aspectos biológicos, de modo que há uma tendência de promover a medicalização<sup>20</sup> de um problema que é, eminentemente, social, desconsiderando assim a complexidade e o significado cultural deste problema. Ressalta-se que “a medicalização das violências é ineficaz na prevenção de comportamentos e atos agressivos, além de despolitizar o problema que tem raízes históricas, culturais e está ancorado nas desigualdades de classe, gênero e raça” (MENEGHEL, 2015, p.217).

Antes de medicá-las, os profissionais de saúde devem sempre procurar conhecer sua história de vida, pois o tratamento meramente sintomático manterá oculto o problema. A maioria das mulheres, se perguntadas abertamente, discutirá as situações de violência que vivenciam. Mesmo que num primeiro momento elas neguem por não estarem preparadas para lidar com o problema, o questionamento pelo profissional de saúde, de maneira cuidadosa, facilita o início de um diálogo e a possibilidade de um canal de ajuda (BRASIL, 2001, p.48).

Os atendimentos às pessoas que sofrem violência de gênero, conforme Schraiber e D’Oliveira (2013), são marcados por ambiguidades e contradições, onde os espaços e fluxos de atendimento são inadequados para a ação e percepção dos profissionais de saúde diante da problemática. Os(as) profissionais de saúde tem muitas dificuldades de trabalhar com a violência doméstica contra a mulher por ser um problema mais identificado com o social e com as normas culturais da sociedade, eles(as) lidam mal com demandas que não se caracterizam com doenças, dada a hegemonia do modelo biomédico que embasa o olhar e as ações destes(as) profissionais, embora saiba-se que a violência gera agravos diversificados a saúde e leve a um sofrimento crônico (SCRAIBER; D’OLIVEIRA, 2013).

Muitos profissionais tendem a atribuir as queixas realizadas pelas mulheres em situação de violência a problemas pessoais ou exageros, referindo-se às mesmas como poliqueixosas, por apresentarem queixas vagas e difusas, apresentam dores crônicas indiscriminadas, sem raiz anatômica que são sentidas como “dores na alma”, o que contribui para que este problema não seja visualizado ou reconhecido nos diagnósticos, registros e prontuários produzindo assim invisibilidades (MOREIRA, 2007; SILVA, 2013; FERREIRA, 2016).

Há, portanto a necessidade de se pensar em uma reorientação gerencial e técnica das

---

<sup>20</sup> A medicalização é um processo pelo qual os modos de vida das pessoas são apropriados pela medicina com objetivo de intervir politicamente no corpo social. A medicalização do social surge e se desenvolve no contexto das sociedades disciplinares estudadas por Foucault (MENEGHEL, 2015)

ações e práticas em saúde voltadas a mulher em situação de violência doméstica, pois o modelo atual de atendimento predominante é inadequado, além de se distanciar dos princípios contidos nas leis que regem como deve ser o cuidado e assistência à mulher em situação de violência, que pressupõe uma postura acolhedora e uma assistência integral<sup>21</sup>.

Na atenção à saúde das mulheres, compreendemos a integralidade como a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres (COELHO et al., 2009, p.155).

Para por em prática um modelo de atenção integral na assistência hospitalar às mulheres em situação de violência é necessário visualizá-las como sujeitos ativos no processo, considerando sua singularidade, os fatores emocionais, o seu contexto de vida, valorizando o respeito dentro das práticas de cuidado (PEDROSA; SPINK, 2011). Estas autoras expõem ainda que no modelo de atendimento vigente nos serviços de saúde é comum encontrar uma grande demanda de pacientes para cada profissional, onde as consultas são realizadas de forma rápida e mecânica, com foco na doença, os diagnósticos são baseados apenas na sintomatologia apresentada, sem uma escuta ativa, sem vínculo e respeito pelo outro presente na relação de cuidado, desconsiderando a dialogia necessária entre profissional-usuário(a), imperando a visão biomédica que reduz a usuária a seu sintoma, fato que contribui para que a raiz do problema da violência doméstica continue oculta e sem uma resposta que ajude a mulher a sair deste ciclo de violência.

Existem alguns manuais<sup>22</sup> para profissionais de saúde sobre o atendimento à mulher em situação de violência e um destes traz algumas dicas que podem ajudar os(as) profissionais a realizar uma acolhida profissional e solidária, a saber:

Procure estabelecer uma relação de confiança com a vítima. Procure não julgar a pessoa que você está atendendo. Todos nós temos limites enormes aos olhos dos outros. O julgamento é o maior obstáculo à comunicação. Não infantilize a vítima! Ela já foi infantilizada demais pelo agressor. Não

---

<sup>21</sup> “A integralidade além de um princípio constitucional defendido como prerrogativa da humanização do cuidado em saúde é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde preventivos, curativos, individuais e coletivos nos diversos níveis de atenção a saúde, busca a possibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes do ser humano (COELHO et al., 2009).

<sup>22</sup> Para maior aprofundamento ver Brasil (2001); Schraiber, D’Oliveira (2002); Brasil (2002); Carreira, Pandjarian (2003); Brasil (2005b); Manita, Ribeiro, Peixoto (2009); Brasil (2011).

pressuponha! Procure ouvir e compreender! Cada história é única e singular, mesmo que, para você, pareça igual à anterior. Não tente adivinhar! Escute! Cuidado com as informações incorretas! Nunca faça falsas promessas. Respeite as limitações da vítima. Tente, de várias formas, passar para a vítima que você pode compreender o que ela está vivendo (BRASIL, 2005b, p.44)

Estudos ressaltam que para a emergência desta demanda nos serviços de saúde faz-se necessário que existam algumas condições institucionais. Entende-se que a falta destas não significa que nada possa ser feito, “pelo contrário: a construção destas condições institucionais é, em si, um trabalho contra a violência e a favor de uma melhor qualidade nos serviços de saúde” (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 2002, p. 18). São condições institucionais para uma melhor qualidade nos serviços:

- Que o serviço tenha uma cultura institucional de respeito aos usuários, propiciando ao profissional tempo e condições de escutar a mulher e estabelecer um diálogo com ela;
- Existam indicações claras no serviço de que este é um lugar aberto e preocupado com estas questões (cartazes, folders, bottons, recepção informada sobre o problema podem ajudar nisto);
- Existam espaços grupais, educativos, e atenção a dimensões psicossociais nos atendimentos, onde a emergência de temas como esses podem ser facilitadas;
- Exista compromisso institucional, especialmente da gerência, em implantar o trabalho com o tema;
- Os profissionais conheçam a relação da violência com a saúde, saibam detectar o problema e tenham alternativas assistenciais disponíveis para oferecer às mulheres;
- As pessoas sejam acolhidas e respeitadas quando têm vergonha do problema;
- As pessoas saibam que os profissionais do serviço se importam com situações deste tipo, podem oferecer recursos e não desvalorizarão o seu relato ou farão julgamentos sobre suas escolhas e situação de vida;
- A privacidade e a confidencialidade sejam garantidas. (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 2002, p. 18)

Como pôde se observar a qualidade dos serviços de atendimento às mulheres em situação de violência depende de vários fatores. Outro aspecto importante para um bom atendimento é que as ações dos(as) profissionais sejam livres de preconceitos e de julgamentos morais, para tanto estes(as) devem ser preparados técnica, ética e politicamente para oferecer assistência adequada e enfrentar a violência contra a mulher nestes espaços que fazem parte da rota crítica<sup>23</sup> percorrida por essas mulheres, principalmente, os serviços de

---

<sup>23</sup> La ruta crítica es un proceso que se construye a partir de la secuencia de decisiones tomadas y acciones ejecutadas por las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar y las respuestas encontradas en su búsqueda de soluciones. Este es un proceso iterativo constituido tanto por los factores impulsores e inhibidores relacionados

urgência por serem procurados por elas após sofrerem uma agressão grave, como afirmam Schraiber e D'Oliveira (2013).

O atendimento especializado é uma estratégia que pode favorecer o reconhecimento e enfrentamento da violência doméstica contra a mulher, pois muitas vezes a conexão da violência com os problemas de saúde apresentados pelas usuárias, passam despercebidos tanto para o(a) profissional como para as mulheres. Sabe-se que o momento do atendimento constitui-se como uma situação limite tanto para os(as) profissionais que não se sentem preparados para lidar com esta demanda como para as mulheres que muitas vezes não falam sobre o assunto durante o atendimento.

Supõe-se que dependendo da visão do(a) profissional sobre as questões de gênero e da sua ação no momento do atendimento pode ocorrer que a mulher não se sinta acolhida, segura e encorajada a verbalizar sobre a violência sofrida, podendo ainda ser desestimulada a denunciar e/ou romper com o relacionamento violento, sendo que mesmo que ela resolva permanecer na relação deve-se sempre respeitar a decisão da mulher e oferecer-lhe apoio (STREY; WERBA; NORA, 2004).

Os(as) profissionais de saúde devem abordá-las sobre este assunto, através de uma acolhida qualificada que inspire confiança, segurança e coragem, considerando que a situação de violência vivida é repleta de medos, decepções e baixa estima que as levam muitas vezes a silenciar sobre o assunto. Jarschel (2015, p.367) afirma que a violência continua assegurada “pelo silêncio e pela vergonha, cujo dispositivo ideológico faz perpetuar o sistema social baseado na assimetria de poderes entre mulheres e homens, raças, castas, etnias, orientações sexuais, classes a serviço da dominação de uma categoria sobre a outra”. Entende-se que o papel dos(as) profissionais de saúde deve transcender as ações meramente curativas incentivando as mulheres a serem resilientes para que possam ter uma vida livre de violência.

---

con las mujeres afectadas y las acciones emprendidas por éstas, como por la respuesta social encontrada, lo que a su vez se convierte en una parte determinante de la ruta crítica. En ese sentido, con el concepto de ruta crítica se reconstruye la lógica de las decisiones, acciones y reacciones de las mujeres afectadas, así como la de los factores que intervienen en ese proceso. (SAGOT, 2000, p.89)

#### **4 CAMINHOS E ESCOLHAS METODOLÓGICAS: DESBRAVANDO O CAMPO DO ATENDIMENTO À VIOLÊNCIA DE GÊNERO NA SAÚDE**

O objetivo geral desse estudo que era analisar o atendimento às mulheres em situação de violência doméstica no Hospital de Urgência de Teresina-HUT, através dos discursos dos(as) profissionais de saúde sobre como realizam este atendimento e sobre suas compreensões acerca das questões de gênero. Entende-se que a abordagem qualitativa é a que melhor contempla essa proposta de investigação, visto que trata do “estudo das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os sujeitos fazem a respeito de como vivem, sentem, pensam e constroem seus artefatos e a si mesmos” (MINAYO, 2014 p. 57).

As abordagens compreensivas nas pesquisas em saúde, segundo Minayo (2014), focam na experiência vivencial, reconhecendo que as realidades humanas são complexas, e na relação entre pesquisador(a) e os(as) sujeitos(as) valoriza-se o encontro intersubjetivo e a empatia entre eles, busca-se compreender a racionalidade dos contextos e lógica interna dos atores, evidenciando o seu ponto de vista. Desse modo, “as metodologias qualitativas, privilegiam, de modo geral, a análise de micro processos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais. Realizando um exame intensivo dos dados, tanto em amplitude quanto em profundidade” (MARTINS, 2004, p.292). E ao contemplar os aspectos subjetivos de um fenômeno, permite um aprofundamento nas redes de significação das ações e relações humanas na compreensão da realidade estudada (MINAYO, 2014).

Vale ressaltar sobre a presença da subjetividade na pesquisa social, à compreensão de Weber (1991) que postula que na investigação de um tema o(a) pesquisador(a) é inspirado por seus valores e ideais que acabam sendo como guias para a escolha do seu objeto. Por outro lado chama atenção para a incorporação consciente e controlada destes valores através de procedimentos rigorosos de análise, contribuindo assim para o alcance de uma objetivação (BOURDIEU, 1989).

Martins (2004) ressalta que no trabalho de pesquisa sociológica a neutralidade não existe e a objetividade é relativa. Bourdieu (1989) chama atenção para o cuidado com o rigor metodológico no processo de construção da pesquisa que não deve ser confundido com rigidez metodológica, devendo estar o pesquisador ciente de seus limites, ao passo que deverá

buscar incessantemente a objetivação que exige a ruptura com o senso comum, com os preconceitos e pré-noções do pesquisador em relação ao objeto<sup>24</sup>.

Goldenberg (2004) afirma a impossibilidade de se alcançar a objetividade em ciências sociais, mas destaca a necessidade do pesquisador evitar *Bias*<sup>25</sup>, tendo a consciência da interferência de seus valores na pesquisa. Concorda-se aqui com a epistemologia e metodologia feminista, ao valorizar a subjetividade na pesquisa, mas ciente de que as pesquisas devem ser tratadas com o devido rigor metodológico.

Neste trabalho as técnicas de pesquisa utilizadas na coleta de informações em campo foram entrevistas do tipo semiestruturadas e observações. Por entender que a entrevista permite compreender em detalhes e com profundidade, o mundo da vida dos sujeitos investigados, suas crenças, atitudes, valores e motivações em relação aos seus comportamentos, como diz Gaskell (2003).

A opção pela entrevista do tipo semiestruturada esteve associada ao fato de ir a campo com certo conhecimento e informações sobre o assunto a ser investigado e, portanto, certa estruturação no tocante a temática e as questões investigadas. Além do que essa técnica, ao tempo que permitiu aos(as) entrevistados(as) certa flexibilidade no tocante ao conteúdo das suas falas, também, permitiu a essa pesquisadora certa liberdade de incluir falas que não estivessem diretamente ligadas às questões presentes no roteiro, mas que julgou-se importante de serem consideradas nas informações e análise, seja para complementar e/ou elucidar fatos importantes sobre a realidade investigada ou mesmo considerar novas questões que surgiram a partir das respostas do(as) participantes que foram consideradas relevantes para a pesquisa (MINAYO, 2014).

A observação é fundamental na coleta de informações para a produção dos dados e consisti não apenas em ver e ouvir, mas em examinar determinados aspectos da realidade investigada (MARCONI; LAKATOS, 2010). A sua operacionalização se deu de forma indireta, pois não foi realizada observação durante o atendimento de fato, mas sim entrevistas

---

<sup>24</sup> Bourdieu (1989) afirma que a pesquisa científica se realiza na dinâmica de um ciclo, a partir de um processo de trabalho que envolve várias etapas que se inicia com a construção do objeto realizada aos poucos e com retoques sucessivos e correções, em que há que se pensar relacionalmente. Giddens (1978) chama atenção para o fato de que na pesquisa social se trabalha com uma “dupla hermenêutica”, onde os agentes envolvidos, tanto o pesquisador como os sujeitos da pesquisa elaboram visões e conceitos acerca do que está sendo estudado. Da Mata (1991) chama atenção ao fato do objeto de estudo das ciências sociais ser complexo, não podendo ser controlado e reproduzido em laboratório e que as reconstruções da realidade social são sempre parciais, dependendo de documentos, observações, sensibilidades e perspectivas.

<sup>25</sup> A utilização do termo em inglês é comum entre os cientistas sociais, pode ser traduzido como viés, parcialidade, tendenciosidade, preconceito (GOLDENBERG, 2004).

que ocorreram logo após o(a) profissional ter atendido uma mulher que havia sofrido violência doméstica. Entende-se que no processo de observação o(a) observador(a) é parte do contexto observado, podendo modificar e ser modificado por este contexto (MINAYO,2014).

Além das entrevistas, havia a intenção de utilizar dados das fichas de notificação compulsória<sup>26</sup> de casos suspeitos de violência doméstica e sexual contra mulheres, crianças, idosos(as) e população LGBTI, do Ministério da Saúde, no entanto não foi possível ter acesso a estas fichas. Pretendia-se fazer um levantamento da quantidade de casos notificados como violência doméstica contra a mulher atendidas no HUT no período de 2014 a 2015<sup>27</sup>. Contudo, a partir da fala de profissionais do Núcleo de Epidemiologia Hospitalar – NHE que é o setor responsável pelas notificações, sobre como realizam este trabalho ficou evidente que há subnotificação destes casos e isto será detalhado no capítulo em que se apresenta os dados do campo.

Esta pesquisa teve como campo<sup>28</sup> o Hospital de Urgência de Teresina - HUT Prof<sup>o</sup>. Zenon Rocha que é um hospital público de urgência e emergência<sup>29</sup> que realiza atendimentos 24hs por dia, recebe demandas trazidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU e recebe, principalmente, demandas referenciadas pela Central Estadual de Regulação de Leitos do Piauí que encaminha usuários(as) provenientes de outros serviços de saúde da capital, interior do Estado do Piauí e de outros Estados do Norte e Nordeste do Brasil. O HUT é considerado um dos maiores hospitais de urgência e emergência do Norte e Nordeste brasileiro. Além de ser o único serviço de pronto atendimento de média e alta complexidade público do Estado que serve de referência para todo o Piauí e estados vizinhos.

Conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES, o HUT foi inaugurado em 05 de maio de 2008, mas vinha sendo construído desde 1991. No ano de 2015 este hospital passou por uma reforma ampliando sua capacidade de atendimento de 289

<sup>26</sup> Nos anexos há uma cópia desta ficha de notificação, corresponde ao Anexo B.

<sup>27</sup> Esse recorte temporal deveu-se ao aumento do número de notificações de casos de violência doméstica contra a mulher, registrado pelo Núcleo de Epidemiologia Hospitalar–NHE do HUT, em relação aos anos anteriores, conforme dados publicados em portal de notícias do município de Teresina-PI, repassados pela assessoria de comunicação do HUT. Disponível em: <<https://www.portalaz.com.br/noticia/geral/319796/hut-tem-aumento-de-atendimento-a-mulheres-vitimas-de-violencia-domestica>>.

<sup>28</sup> Considera-se como Deslauriers e Kérisit (2008), que o campo não é apenas um reservatório de dados, mas uma fonte de novas questões que podem ser percebidas e apreendidas no decorrer da pesquisa, as quais podem ser até mais interessantes e adequadas à pesquisa do que as questões iniciais.

<sup>29</sup> De acordo com a resolução nº 1.451/95 do Conselho Federal de Medicina (CFM), o termo urgência é definido como uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência imediata. Já o termo emergência é definido como a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato (BRASIL, 1995).

leitos para 368 leitos e 52 leitos de observação, propiciando melhorias na sua infraestrutura física para prestar uma assistência de melhor qualidade aos usuários(as) do SUS, reforma que foi possibilitada pela liberação de recursos do Ministério da Saúde e da Prefeitura de Teresina. Em dezembro de 2015, o Ministério da Saúde habilitou o HUT como uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia de urgência e emergência. Em relação à coordenação e gestão o HUT está sob a responsabilidade da Fundação Municipal de Saúde de Teresina-FMS, mas existe uma parceria com a Secretaria de Saúde do Estado-SESAPI para cessão de servidores de várias áreas para trabalharem no HUT, sendo, principalmente, profissionais médicos e enfermeiros.

Os(as) profissionais selecionados para participar da pesquisa foram os fazem parte da equipe multiprofissional, principalmente, os que realizam os primeiros atendimentos na Urgência, ou seja, no setor de pronto atendimento deste hospital e também profissionais de alguns setores para os quais estas mulheres são encaminhadas, após este primeiro atendimento. Houve alterações da amostra inicial que era de 12 profissionais, ficando apenas 11, devido à recusa de profissionais em participar da pesquisa. Pires (2008) afirma que “é próprio da pesquisa qualitativa ser flexível e descobrir-construir seus objetos, à medida que a pesquisa progride” (PIRES, 2008, p.154).

Quanto à composição da amostra, utilizou-se o critério de diversificação externa da amostra qualitativa, voltada ao estudo de casos múltiplos em microunidades sociais que, segundo Pires (2008), é apropriado para dar um panorama mais completo possível dos problemas ou situações estudadas, assim como uma visão de conjunto, ou ainda um retrato global do problema de pesquisa. Deste modo, foi selecionado para participar da pesquisa, profissionais de três categorias: *Médicos(as)* sendo um clínico geral e três especialistas<sup>30</sup> das áreas de ortopedia, oftalmologia e um médico intensivista<sup>31</sup> que trabalha na Unidade de Terapia Intensiva - UTI, além de três *Enfermeiras* e quatro *Técnicas de enfermagem* dos setores de pronto-atendimento e de outros setores e clínicas para os quais as mulheres em situação de violência são encaminhadas.

---

<sup>30</sup> Foi realizada abordagem aos profissionais que estavam no plantão no momento das incursões em campo, não havia uma definição prévia de quais especialistas seriam entrevistados, estes foram os que aceitaram participar da pesquisa.

<sup>31</sup> A medicina Intensiva é uma especialidade médica que engloba os conhecimentos médicos da Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Pediatria, somados aos conhecimentos de fisiologia aplicada, utilização de tecnologia avançada, habilidades em procedimentos práticos, farmacologia, ética e humanização para a assistência ao paciente grave que necessitem de cuidados em Centros de Terapia Intensiva - CTI e/ou Unidade de Terapia Intensiva - UTI (SALEM, 2015).

No Apêndice E deste trabalho encontra-se um quadro com um breve perfil dos(as) profissionais que aceitaram participar desta pesquisa que foram caracterizados por pseudônimos com nomes de flores. Ressalta-se que apesar do convite para participar da pesquisa ter sido feito indistintamente para profissionais de qualquer gênero, prevaleceu as mulheres entre os(as) entrevistados(as). De modo que das onze entrevistas realizadas, nove foram com mulheres<sup>32</sup> que atuavam nas áreas de medicina, enfermagem e técnicas de enfermagem e apenas dois homens da área de medicina.

A pesquisa de campo foi realizada com base nas normas de ética na pesquisa com seres humanos previstas na Resolução N. 466 do Ministério da Saúde de 2012, ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2017, em dias e turnos de trabalho diferentes, inclusive em finais de semana, pois segundo informação dos(as) profissionais do setor de pronto atendimento do HUT nos finais de semana e a noite há aumento da demanda de atendimento, principalmente, de usuários(as) vítimas de acidentes de trânsito e das violências em geral. Ao todo foram realizadas onze entrevistas semiestruturadas, em que foi convidado quatro profissionais de cada categoria profissional, sendo que na de enfermeiros(as) ficaram apenas três entrevistadas, em razão da recusa de um profissional em participar da pesquisa. Todavia, decidiu-se encerrar a pesquisa com as onze entrevistas, devido a saturação dos discursos, tendo em vista que conforme Fontanella, Ricas e Turato (2008) a suspensão da inclusão de novos(as) participantes pode ocorrer no momento em que as informações obtidas passarem a apresentar certa redundância ou repetição, não acrescentando mais dados relevantes ou novos para a pesquisa.

A inclusão dos(as) profissionais entrevistados(as) foi realizada mediante abordagem aos(as) profissionais que estavam no plantão no momento da incursão em campo, os(as) mesmos(as) foram convidados para participar da pesquisa, numa relação dialógica norteada pela Resolução 466/12 do Ministério da Saúde que estabelece as normas de Ética na pesquisa com seres humanos, preservando-se o anonimato das suas identidades e confidencialidade das

---

<sup>32</sup> As mulheres são as maiores provedoras de cuidados dentro da família e representam a espinha dorsal da força de trabalho formal e informal em saúde. Elas predominam na força de trabalho em saúde formal em inúmeros países. Embora os dados disponíveis sejam de qualidade variável e derivem de diferentes fontes, eles indicam, de forma geral, que as mulheres totalizam mais de 50% dos trabalhadores formais na atenção em saúde em muitos países. Com um total estimado de 59 milhões de trabalhadores em saúde atuando em tempo integral no mundo todo, cerca de 30 milhões são mulheres e outros tantos milhões a mais são provedoras informais. As mulheres tendem a concentrar-se em ocupações que podem ser consideradas de baixo *status* (como enfermagem, obstetrícia e serviços de saúde comunitários). A força de trabalho em enfermagem, obstetrícia e saúde comunitária e outros provedores de primeira linha permanecem predominantemente femininos em quase toda parte, mas os homens continuam a dominar entre médicos e dentistas profissões que possuem um status social mais elevado (OMS, 2011, p.12).

informações, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo(a) entrevistado(a) e por esta pesquisadora.

Os(as) participantes foram informados(as) sobre os objetivos e metodologia da pesquisa, foi esclarecido que eles(as) tinham a liberdade de recusar, de acompanhar o andamento da pesquisa se participarem e retirar a fala concedida a qualquer momento, assim como permitir ou não a gravação da mesma. Todos(as) autorizaram a gravação de áudio das entrevistas que foram transcritas fidedignamente. Ressalta-se que a pesquisa de campo só teve início depois da aprovação do Comitê de Ética-submetido à Plataforma Brasil do Ministério da Saúde com autorização N. CAAE 60855516.0.0000.5214.

Afirma-se que não houve riscos à segurança, à integridade física e emocional, nem à imagem dos(as) participantes da pesquisa. Como diz Diniz e Guerriero (2008), em geral, as pesquisas sociais envolvem riscos mínimos, semelhantes aos de qualquer relação social, onde o maior desafio ético encontra-se na fase de divulgação dos resultados, em que foi garantido o anonimato, o sigilo da identidade dos(as) participantes, a fidelidade e justeza na representação de suas ideias, compartilhando com os(as) mesmos(as) os resultados e benefícios advindos da pesquisa.

Quanto aos benefícios, esta pesquisa possibilitará maior conhecimento sobre o tema, com relevância tanto para a produção de conhecimentos científicos, como para auxiliar no aprimoramento das práticas profissionais e a instrumentalização da gestão e dos serviços que assistem as mulheres em situação de violência no HUT, estendendo-se a outras instituições hospitalares.

Ressalta-se ainda, que a autora deste trabalho é funcionária do hospital onde foi realizada a investigação, portanto, tem certa familiaridade com o objeto de estudo. Todavia, não se considerou tal fato como empecilho para realização da pesquisa. Apenas foi necessário maior cuidado e atenção para um olhar metodológico mais vigilante, com o intuito de evitar vieses e influências na condução da pesquisa e na análise das informações. Resguardados tais cuidados se viabilizou a pesquisa no próprio ambiente de trabalho<sup>33</sup>, ressalta-se se obteve autorização da Instituição para efetivação da pesquisa.

---

<sup>33</sup> Ressalta-se, que no cotidiano de trabalho da autora deste trabalho, como assistente social do HUT, não há contato direto e cotidiano com todos(as) profissionais da instituição, uma vez que a mesma cumpre apenas uma escala de 30hs semanais, no turno da tarde, no setor do serviço social das clínicas. Enquanto, o foco de análise e observações da pesquisa centrou-se no setor de pronto atendimento, por este ser a porta de entrada no HUT, onde acontecem os primeiros atendimentos. Neste setor a maior parte dos(as) profissionais são plantonistas que trabalham em escalas de 12hs, havendo, portanto mudanças nas equipes de atendimento de acordo com as

Diz Velho (1987, p.126) “o que sempre vemos e encontramos pode ser familiar, mas, não é necessariamente conhecido e o que não vemos e encontramos pode ser exótico, mas, até certo ponto, conhecido”. Estudar o que está próximo pode oferecer vantagens em termos de se poder rever e enriquecer os resultados da pesquisa, visto que o pesquisador está exposto, em menor ou maior, intensidade a um confronto intelectual com outros olhares e interpretações da realidade estudada, feitos por especialistas, leigos, além dos próprios sujeitos da pesquisa que podem discordar das interpretações do pesquisador.

Corroborar-se aqui com esse autor a necessidade de se estranhar o familiar para que se possa desconstruí-lo e reconstruí-lo, e ter sobre ele um novo ou diferente olhar, enxergar o que estava oculto ou passava despercebido. Estranhar o familiar é também conceber diferentes versões e interpretações acerca do objeto de estudo e ter consciência que essa pesquisadora produz, apenas, mais um olhar acerca daquela realidade estudada.

No que tange ao trabalho analítico para produção dos dados na pesquisa qualitativa, segundo Apolinário (2006), esta tem por objetivo compreender o fenômeno em seu sentido<sup>34</sup> mais intenso, não visando a produção de generalizações, onde a interpretação pode ser realizada ainda durante a coleta de dados, iniciando com a leitura das informações coletadas, seguida da transcrição das entrevistas gravadas. Seguiu-se, então à categorização das entrevistas a partir de eixos temáticos baseados nos objetivos da pesquisa.

Destarte, decidiu-se trabalhar com a técnica de construção mapas de associação de ideias tal como proposto por Spink e Lima (2000), cuja construção tem início com a delimitação de categorias gerais de natureza temática que refletem os objetivos da pesquisa, em busca de aspectos formais da construção linguística, dos repertórios utilizados nessa construção e da dialogia implícita na produção de sentidos. Os mapas de associação de ideias constituem-se como instrumentos de visualização que fornecem subsídios ao processo de interpretação e facilita a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo.

O tratamento analítico dos dados foi realizado através da análise de discurso<sup>35</sup>, uma vez que as informações coletadas foram os(as) discursos dos(as) funcionários(as) sobre o

---

escalas diurnas e noturnas, gerando, assim, uma grande diversidade e rotatividade dos(as) profissionais do pronto atendimento.

<sup>34</sup> “O sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas, na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas, constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta” (SPINK; MEDRADO, 2000, p.41).

<sup>35</sup> Análise de discurso é um conceito, relativamente, jovem no campo das ciências sociais que faz interseção com a área da linguística, destaca-se aqui o filósofo francês Michel Pêcheux que formulou este conceito na década de 1960 com a finalidade de substituir a análise de conteúdo tradicional (MINAYO, 2014).

atendimento. Há algumas perspectivas teóricas<sup>36</sup> que abordam a análise de discurso. Esta categoria foi desenvolvida, primeiramente, a partir dos gregos com a retórica clássica, desde Aristóteles, mas somente na segunda metade do século XX os estudos de análise de discurso ganham ênfase na Europa, nos EUA e principalmente na França (VIEIRA, 2002).

A análise de discurso enquanto possibilidade teórica, segundo Minayo (2014), fornece meios para que o(a) pesquisador(a) compreenda o processo e as condições de produção de um discurso (seja uma fala ou um documento escrito) para captar o campo semântico em que ele é gerado, ensejando uma elaboração contextualizada e crítica das realizações discursivas. Esta autora defende que na área da saúde os discursos dos(as) sujeitos(as) projetam sua visão de sociedade, da natureza, da historicidade das relações, da forma de organização da sociedade, assim como das formas de produção e reprodução social. O discurso revela, portanto, a compreensão do sujeito sobre determinado contexto sócio histórico, reflete a visão de mundo de seu autor e da sociedade na qual está inserido.

Qualquer discurso é referidor e referido, ou seja, dialoga com outros discursos e se produz no interior de instituições e grupos que determinam quem fala, o quê fala, como fala e em que momento fala, devendo-se estar atenta ao dito e ao não dito, posto que estes formam um jogo de cenas no trabalho de campo, uma vez que há silêncios que dizem e há falas silenciadoras. O silêncio tem tanta importância na análise de discurso quanto a palavra, pois o silêncio é ao mesmo tempo ambíguo e eloquente. O silêncio sobre um tema contundente revela a necessidade de que este seja abordado pelo(a) pesquisador (MINAYO, 2014).

Deve-se considerar, também, que “as palavras simples do nosso cotidiano já chegam até nós, carregadas de sentidos que não sabemos como se constituíram e que, no entanto, significam em nós e para nós” (ORLANDI, 2002, p.20). Lembrando que “toda palavra é sempre parte de um discurso. E todo discurso se delinea na relação com outros: dizeres presentes e dizeres que se alojam na memória” (ORLANDI, 2002, p.43).

Nessa pesquisa adotou-se a perspectiva crítica de análise do discurso para a qual o sujeito não é tido apenas como um agente do processo, mas como um sujeito que é construído e que constrói os processos discursivos, tomando por base seu caráter de ator ideológico (VIEIRA, 2002). Para os defensores desta perspectiva, o discurso<sup>37</sup> é também moldado por

---

<sup>36</sup> Para Vieira (2002) existem duas abordagens em análise de discurso aquelas de perspectiva crítica e as não crítica, uma das diferenças principais entre elas, é a maneira como é concebido o sujeito.

<sup>37</sup> “A palavra discurso etimologicamente tem em si a ideia de curso, percurso, de correr por, de movimento” (ORLANDI, 2002, p.15). Os discursos aproximam-se da noção de linguagens sociais que podem ser comuns a um estrato específico da sociedade, como a uma profissão, um grupo etário, num determinado contexto, em um

relações de poder e por ideologias que geram efeitos construtivos sobre as identidades sociais, sobre as relações sociais, sobre os sistemas de conhecimento, de crenças, onde as relações entre estes elementos e o discurso nem sempre são aparentes, mas leva-se em consideração o contexto social em que o discurso é produzido. E este é entendido como uma prática social que contribui para a construção de uma consciência crítica, sendo que um dos objetivos desta abordagem é explicitar o que está encoberto nos discursos, dando visibilidade aquilo que antes era invisível ou tido como natural (ORLANDI, 2002).

A análise crítica do discurso pretende “descrever, analisar e interpretar as estruturas de poder e dominação, bem como a sua reprodução com o fito de revelar o papel do discurso na produção e reprodução da dominação, cujos efeitos permitem diferentes possibilidades de ação individual” (VIEIRA, 2002, p.153-154). Esta abordagem tem uma natureza política e compromisso com a mudança social que se coaduna aos objetivos da pesquisa de caráter feminista, a exemplo desse estudo.

Concorda-se com Vieira (2002, p.154), ao afirmar que “a linguagem não é apenas uma forma de representação do mundo, mas também de ação sobre o mundo e sobre o outro [...] em que uma mudança nas práticas discursivas<sup>38</sup> provoca uma mudança na prática social e, vice-versa”. A linguagem, o saber, especialmente, o discurso científico são instrumento de poder e objetos de desejo, Foucault (1999, p.10) afirma que a história mostra que “o discurso não é aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar”.

Em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos, como a exclusão e a interdição, tal como ocorreu com os discursos das mulheres e loucos que por muitos anos foram silenciados na história, tais procedimentos têm por função conjurar os poderes e perigos do discurso destes sujeitos sociais que se queria manter oprimidos.

---

determinado momento histórico (BAKHTIN, 1929 *apud* SPINK; MEDRADO, 2000).

<sup>38</sup> As práticas discursivas podem ser definidas como a linguagem em ação, refere-se à maneira como as pessoas produzem sentido e se posicionam em relações sociais cotidianas, corresponde aos momentos de ressignificações, de rupturas, de produção de sentidos, enfim corresponde aos momentos ativos de uso da linguagem (SPINK E MEDRADO, 2000).

## **5 ESCUTANDO PROFISSIONAIS DO HUT SOBRE ATENDIMENTO À MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

A análise dos dados do campo apresentada neste capítulo está dividida em duas partes: na primeira seção 4.1 apresenta-se a compreensão dos(as) profissionais sobre gênero, no item 4.1.1 a visão destes(as) sobre violência de gênero e violência doméstica contra a mulher. Na segunda parte ou seção 4.2 apresenta-se uma análise do atendimento, propriamente dito, dos(as) profissionais destacando os seguintes aspectos: O acolhimento e ações realizadas ante uma mulher em situação de violência doméstica; Protocolos de atendimento e a notificação dos casos de violência doméstica contra a mulher no HUT; As dificuldades apontadas pelos(as) profissionais no atendimento; O conhecimento dos(as) profissionais sobre a rede de atendimento a mulher em situação de violência, por fim a avaliação dos(as) profissionais de saúde acerca do atendimento realizado às mulheres em situação de violência no HUT.

### **5.1 Masculino, Feminino e Homossexual: noções de gênero no discurso dos(as) profissionais**

A partir dos discursos dos(as) entrevistados(as), que são profissionais do Hospital de Urgência de Teresina – HUT, médicos(as), técnicas de enfermagem e enfermeiras, quando indagados(as) sobre a compreensão que tinham sobre a categoria gênero, percebeu-se que a maioria possui uma compreensão limitada e/ou superficial sobre gênero, deram maior ênfase aos termos masculino e feminino sem problematizá-los e nem considerá-los relacionalmente. Os referidos termos aparecem de forma solta, estanque, sem maiores explicações, indicando tratar-se de masculino e feminino, como equivalente para homem e mulher.

Ao reportarem gênero substancialmente a esses termos indicam uma compreensão possivelmente mais tradicional, aquela formada provavelmente pelo par heterossexual. Um grupo menor de entrevistados(as) remeteu gênero a pessoas do segmento LGBTI, ora associando com patologia e discriminação, ora com ideologia de gênero<sup>39</sup>, como se pode observar nos trechos a seguir:

---

<sup>39</sup> De acordo com Silva (2015) esse termo pode adquirir diferentes sentidos dependendo do contexto em que é empregado, mas a palavra ideologia pode ser definida como um modo de ver a realidade que é resultado de um complexo de informações, crenças, preconceitos, mitos, num arranjo que cada um de nós aciona para emitir opiniões sobre situações polêmicas ou não, para defender um ponto de vista, para justificar escolhas que podem provocar reações diversas. Essa palavra ideologia pode incorporar componentes derivados de campos científicos especializados, como no caso dos estudos de gênero, em que os diversos movimentos feministas expressam uma ideologia de gênero que se baseia em uma visão de mundo que luta pelo fim das desigualdades entre os gêneros,

O gênero, eu tenho o conhecimento mesmo da língua portuguesa, do que é o gênero feminino e do masculino, só isso. (AÇUCENA, ENFERMEIRA)

Pra mim o que eu sei é a questão dos transexuais, tudo mais, mas pra mim é masculino e feminino e acabou. Definição de gênero pra mim é essa daí. (JASMIN, MÉDICA)

É LGBT! (CRISÂNTEMO, MÉDICO)

Gênero é como diz né, o masculino e o feminino e essa questão da ideologia que no caso é você ter que aceitar aquela diferença né, é o que a pessoa quer ser. (MARGARIDA, TÉCNICA ENFERMAGEM)

A definição de gênero? Conhecimento mais aprofundado não, mas a gente já ouviu falar. (LÓTUS, ENFERMEIRA)

Conforme o pensamento hegemônico tradicional, se uma pessoa nasce com órgãos genitais femininos, possui um sexo feminino, trata-se de uma mulher, então, teria um gênero coerente que corresponde a uma mulher feminina e, por sua vez, teria um desejo heterossexual por homens, seguindo uma linha de coerência entre sexo, gênero, sexualidade. No entanto, aquelas pessoas que não seguem essa “coerência” como os intersexos, homossexuais, lésbicas, travestis e transgêneros, parecem desordenar esse pensamento hegemônico sobre gênero, evidenciando que não se pode restringir a essa classificação binária de gênero, como se existissem apenas as categorias masculino/feminino, homem/mulher, sendo necessário ampliar o olhar sobre o que é gênero (PISCITELLI, 2009).

Definir o sexo como masculino, feminino e intersexo não é o suficiente para abranger a complexidade identitária de uma pessoa, pois fatores sociais, históricos, culturais e simbólicos do terreno da subjetividade interferem nesse processo, bem como as próprias variações biofisiológicas e hormonais em torno das características sexuais e do aparato sexual que estão diretamente inter-relacionadas, quando se trata de sexo, de gênero, de suas funções e seus significados, cabe lembrar que estes são construídos no decorrer dos tempos em diversas culturas e sociedades (ANDRADE, 2015).

Desde o final dos anos 1980 as interpretações sobre gênero passaram a questionar a naturalização das diferenças sexuais, em que a categoria sexo era posta no reino da natureza como algo fixo e anterior à cultura, enquanto o gênero era colocado no campo da cultura e considerado como algo variável, flexível, todavia no que tange a categoria sexo a própria natureza contesta essa fixidez, a exemplo dos intersexos que, muitas vezes, passam por

---

pelo fim da violência e opressão feminina e por um modelo de sociedade em que haja mais igualdade e equidade entre os gêneros (SILVA, 2015).

intervenções médicas, traumáticas e dolorosas para correção de supostos “erros da natureza”, conforme exposto por Piscitelli (2009). Desse modo, a intersexualidade põe em xeque o binarismo das diferenças sexuais e a concepção hegemônica de gênero enraizada no pensamento social, posto que ela não dá conta da realidade que é bem mais complexa e dinâmica.

Para Butler (2001), o *sexo* é um constructo ideal que é forçosamente materializado através do tempo, não é um simples dado ou uma condição estática de um corpo. Trata-se de “processo pelo qual as normas regulatórias materializam o *sexo* e produzem essa materialização através de uma reiteração forçada destas normas” (BUTLER, 2001, p.154, grifos da autora).

Sobre a noção de gênero, pôde-se verificar também nos discursos de duas profissionais a admissão de outras identidades, a exemplo das pessoas LGBTI, as incluindo como parte do que seja gênero, demonstrando uma compreensão mais ampliada, para além da visão binária de masculino/feminino em que se associa o sexo biológico ao gênero de forma compulsória, mas o compreendendo como categorial relacional como defendido por Scott (1995) que concebe o gênero como constitutivo das relações sociais, baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, observe as falas a seguir:

Gênero né? O que eu entendo é que, geralmente a gente conhece mais, quando fala em gênero, a gente lembra mais da questão de gênero feminino e gênero masculino, mas tem o travesti, tem o homossexual, tem a questão da lésbica, eu entendo esses tipos de sexo, esses tipos de gênero. (GIRASSOL, TÉCNICA ENFERMAGEM)

Já ouvi falar por cima assim, nada muito específico. É em relação a essa questão de gênero é o ser homem e ser mulher na sociedade de hoje. (LÍRIO, MÉDICA)

Percebe-se no discurso destas profissionais uma compreensão do gênero como uma construção social, haja vista que as formas de ser homem e ser mulher na sociedade variam de acordo com a cultura, com o momento histórico, cada sociedade elabora suas normas e papéis sociais para cada gênero (PISCITELLI, 2009; STOLLER, 1978).

Há outros discursos de profissionais observou-se que apesar de associarem gênero a homem, mulher e aos homossexuais, estes últimos foram incluídos a partir de uma visão patologizante. Visão esta que desde a década de 1970 foi rechaçada pela Organização Mundial de Saúde ao retirar o termo homossexualismo da classificação internacional de doenças

psiquiátricas, pois este tipo de visão reforça e naturaliza a discriminação e opressão contra pessoas LGBTQI, observe as falas que se seguem:

Que eu conheça é o que eu te falei, a questão do homossexualismo.  
(VIOLETA, ENFERMEIRA)

Compreendo como os dois gêneros que nós temos, o masculino e feminino, mas na realidade eu não o compreendo só nessa acepção, que eu acho que hoje a gente tem outro leque Borderline<sup>40</sup> aí de gêneros. Então, tipo assim, é pessoas que tenham outra tendência, sejam travestis, sejam lésbicas, sejam os homossexuais em geral, eu acredito que eles também são gêneros e que sofrem também a discriminação por serem a parte mais fraca [...] (CRAVO, MÉDICO)

Por muito tempo a homossexualidade, antes denominada pela palavra homossexualismo, termo este que era utilizado para definir o comportamento daquelas pessoas que tinham atração sexual por pessoas do mesmo sexo, era compreendido como uma patologia, carregando uma forte carga de preconceito e estigma. Os movimentos sociais de pessoas LGBTI reivindicaram a mudança desse termo para tentar diminuir essa carga de preconceito embutido na palavra homossexualismo. Exigiam o reconhecimento destas múltiplas identidades de gênero como existências reais de relacionamentos, de orientações sexuais e não de doenças (CARVALHO et al., 2016; ZEGGER, 2016).

Em 1973, o termo “homossexualismo” foi retirado do DSM-II, dicionário de transtornos mentais que orienta a comunidade médica pela Associação Americana de Psiquiatria que deixou de reconhecer e tratar a homossexualidade como doença, mas somente na década de 1990 quando a Organização Mundial de Saúde excluiu a homossexualidade de sua lista de distúrbios mentais favorecendo essa mudança de terminologia. No entanto, como se observa ainda hoje os dois termos estão presentes em muitos discursos, não só nos de profissionais da saúde, mas também no de profissionais de outras áreas, mas é importante

---

<sup>40</sup> Borderline é um transtorno de personalidade, um padrão invasivo de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, autoimagem e afetos, e acentuada impulsividade que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos [...]. Mudanças súbitas e dramáticas são observadas na autoimagem, caracterizadas por objetivos, valores e aspirações profissionais em constante mudança. O indivíduo pode exibir súbitas mudanças de opiniões e planos acerca da carreira, identidade sexual, valores e tipos de amigos. Definição do Transtorno Boderline de acordo com o DSM.IV\* classificado com o CID\*\* F60.31-301.83. Disponível em: [http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/sub\\_index.htm](http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/sub_index.htm) , acesso em 16/07/17. \*O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM), é um manual para profissionais da área da saúde mental que lista diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los, de acordo com a (*American Psychiatric Association - APA*). É usado ao redor do mundo por clínicos e pesquisadores bem como por companhias de seguro, indústria farmacêutica e parlamentos políticos. \*\* CID (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD*) significa Classificação Internacional de doenças é outro guia comumente usado, especialmente fora dos Estados Unidos. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Manual\\_Diagnostico\\_e\\_Estatistico](https://pt.wikipedia.org/wiki/Manual_Diagnostico_e_Estatistico)> acesso em 16/07/2017.

ressaltar que a atração sexual por pessoas do mesmo sexo não pode ser entendida, nem tratada como doença (CARVALHO et al., 2016 ZEGER, 2016).

Todavia, em razão da permanência do preconceito e da imposição do pensamento heteronormativo, recentemente, no mês de Setembro de 2017, observou-se alguns retrocessos no cenário brasileiro em que a *Justiça Federal do Distrito Federal* permitiu, em caráter de liminar, que psicólogos possam tratar homossexuais como doentes e possam fazer terapias de “*reversão sexual*” sem sofrer nenhum tipo de censura por parte do Conselho Federal de Psicologia-CFP (VEJA, 2017). Esse tipo de tratamento era proibido por meio da resolução 001/1999 do Conselho Federal de Psicologia. O CFP vai recorrer às instâncias superiores desta decisão da Justiça Federal de Brasília que foi amplamente criticada por diversos setores da sociedade, especialmente pelo movimento LGBTI.

Sabe-se que o discurso tradicional da medicina, como esclarece Foucault (2008), tinha o poder de determinar, controlar a sexualidade das pessoas, definindo o que poderia ser considerado como “normal” e/ou “patológico”. De modo que as identidades de gênero, consideradas desviantes do modelo aceito socialmente como “normal”, assim como aquelas que não seguiam o modelo heteronormativo, historicamente foram alvo de discriminações, intolerâncias e submetidas as mais diversas formas de violências baseada no gênero, visto que eram consideradas “a parte mais fraca”, como foi dito por um dos entrevistados anteriormente. Apesar dos avanços, o preconceito ainda está presente na sociedade em geral e no discurso médico em particular, assim como no discurso de outros profissionais de saúde e de outras áreas que atendem estas mulheres, como se verificou em algumas falas dos/as sujeitos/as dessa pesquisa.

Acredita-se que profissionais que possuem visões mais tradicionais/conservadoras acerca de gênero e violência doméstica contra a mulher podem se traduzir em ações reducionistas e tecnicistas que se restringem ao tratamento das sequelas físicas da violência, não abarcando a complexidade do problema. Fonseca e Guedes (2011) esclarecem que o modo como se compreende determinado problema, poderá nortear a intervenção realizada sobre ele. Ressalta-se ainda, que a naturalização das desigualdades de gênero e da violência no trabalho em saúde pode produzir outras formas de violência em âmbito institucional, que se manifesta na omissão de cuidados efetivos, distanciando a prática profissional de uma ação que favoreça o empoderamento e emancipação das mulheres da opressão social de gênero vivida.

Nesse sentido, chama-se atenção para a necessidade de investimentos no aprofundamento das discussões sobre gênero, sexualidade e violência junto aos(as) profissionais de saúde para que possam compreender esses temas nos termos e significados contemporâneos, assim como as desigualdades sociais produzidas que se consubstanciam como preconceitos, discriminações e exclusões sociais evidenciadas tanto em nível da agência (sujeitos) como da estrutura social (instituições).

Lembra-se aqui Bourdieu (2007), ao ressaltar o poder das principais instituições sociais como escola, família, estado e igreja na produção e reprodução de práticas no que se refere à dominação masculina. Desse modo, se pode afirmar que tais instituições são responsáveis por permanências e/ou mudanças no que se refere a gênero. Daí ser essa (des)construção não só sobre gênero, mas sexualidade e família necessária operando concomitantemente nas mais diversas instâncias sociais.

### **5.1.1 Violência de gênero e violência doméstica contra a mulher: a visão dos(as) profissionais**

Quando indagados(as) sobre a compreensão que tinham a respeito da violência de gênero e violência doméstica contra a mulher, observou-se em relação à primeira que duas profissionais demonstraram conhecer seu significado num sentido mais ampliado, alinhado aos conceitos adotados neste trabalho como o de Scott (1995) e Saffioti (2004) que remete às desigualdades de poder entre os gêneros, podendo ser praticada por um gênero contra o outro, mas que na maior parte das vezes é praticada contra as mulheres, como descrito nas falas que se seguem:

Acho que violência de gênero é violência, eu entendo pelo menos de um gênero contra o outro, independente de feminino ou masculino. E violência doméstica contra a mulher, já é violência contra o gênero feminino, contra a mulher no seu ambiente domiciliar, independente do tipo de violência seja ela física, psicológica. (LÍRIO, MÉDICA)

É a violência direcionada ao gênero, no caso feminino, como a gente tá falando. E quando ela acontece dentro do ambiente familiar a gente percebe ela como violência doméstica. (LÓTUS, ENFERMEIRA)

Contudo, a maioria dos(as) profissionais mostraram-se inseguros(as) em suas respostas, sobre violência de gênero, pareciam desconhecer e/ou ter um conhecimento limitado sobre o assunto. Uma pessoa admitiu não saber nada sobre violência de gênero e

duas associaram à pessoas LGBTI, uma dessas ao dar sua explicação demonstrou uma postura preconceituosa com relação aos homossexuais. Observe a seguir os discursos dos(as) profissionais sobre violência de gênero e violência doméstica contra a mulher:

Na verdade eu nem sei sobre violência de gênero, eu não vou mentir, risos. Bem, na verdade é o que eu te disse, a violência doméstica contra a mulher pra mim é a violência contra pessoas que sentem submissas. É se sentem inferiores e os maridos acabam que dominam, dominam toda relação, sustentam a casa, sustentam as mulheres e acaba que isso leva a violência e é um circulo vicioso, porque elas perdoam, eles continuam agredindo dentro do domicílio. (JASMIN, MÉDICA)

Violência de gênero? Entendo eu que, tipo assim, a homossexual! Que tá tendo muitos casos. Tá crescendo muito! E de doméstica, é a violência a mulher mesmo! Em casa, dentro de casa. (VIOLETA, ENFERMEIRA)

A violência de gênero ela, pelo que dá pra eu entender são aquelas pessoas que são de um sexo e dizem que querem ser de outro. Aqui chega muito desses casos, tem até um funcionário aqui que é desse jeito! Que pelo fato de não se aceitarem como são e a gente ainda tem que aceitar eles como eles tão se impondo naquele momento. O daqui, por exemplo, ele é homem, mas ele é todo como se fosse uma mulher, se identifica como mulher e usa até nosso repouso, nosso banheiro e nós temos que aceitar aquilo ali dele. Nós não podemos questionar nada sobre isso por que ele diz que ele tá no direito dele. E essa parte quando a gente entra na parte da violência, eu vejo o seguinte que a violência, ela parte principalmente deles, porque tudo que você vai fazer com eles ou vai falar, eles querem ter toda aquela razão disso, razão daquilo. Então, o próprio preconceito a violência em si eu creio que já parte deles mesmo (MARGARIDA, TÉCNICA ENFERMAGEM)

Nota-se o pouco conhecimento sobre as questões de gênero e violência, quando se considera a fala de uma entrevistada que classifica a mulher em situação de violência como um ser passivo e submisso. Entretanto, várias pesquisas apresentam diversas estratégias de resistência e enfrentamento utilizadas pelas mulheres em relação às violências sofridas. Destaca-se que nem sempre é possível efetivar a denúncia no primeiro momento, às vezes as mulheres utilizam o silêncio como uma das estratégias de sobrevivência para evitar novos episódios de violência. Vale ressaltar que as mulheres encontram diversas formas de resistir e enfrentar este problema, e que o papel do profissional nunca deve ser de julgar ou desmotivá-las, mas estimular e apresentar alternativas de rompimento do ciclo da violência, como apontado nos trabalhos de Gregori, 1993; Strey; Werba; Nora, 2004; Diniz; Pondaag, 2006; Mendes, 2008b; Winck; Strey, 2008.

Estudiosas como Gregori tecem críticas às abordagens vitimizadoras em que a mulher é colocada na posição de vítima, numa lógica vítima/passiva e algoz/ativo. Esta autora

problematiza a perspectiva da dominação-vitimização presentes nas pesquisas e trabalhos dos anos 1980, para ela, “salientar o vitimismo na abordagem sobre o fenômeno da violência implica não considerar que nas relações familiares as mulheres, mesmo partilhando uma condição de subalternidade, agem, condenam, exigem e, por vezes, agridem” (GREGORI, 1993, p.146). Inicialmente, o movimento de mulheres reagiu contra essa relativização da perspectiva da dominação-vitimização feita por Gregori, mas algumas organizações feministas que prestam atendimento a mulheres nas áreas de violência e saúde, como, por exemplo, a Casa Eliane de Grammont e o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde de São Paulo, passaram a discutir a "cumplicidade" da mulher na relação de violência conjugal, então começaram a utilizar a expressão "mulheres em situação de violência" ao invés de "mulheres vítimas de violência" (SANTOS; IZUMINO, 2005).

Em relação à violência doméstica contra a mulher percebeu-se uma compreensão dos(as) profissionais timidamente mais ampla, pois conseguiram identificar várias formas de expressão deste tipo de violência. Todavia, não houve problematizações em torno da questão do sentido da sua ocorrência contra mulheres, não a percebendo como uma violência de gênero, como observado nas falas a seguir:

A violência doméstica nem sempre é aquela somente física! Como já chegaram casos aqui que ela foi violentada foi sexualmente pelo marido porque ele forçou. Então, isso já é uma prática de violência que foi sem o consentimento dela, sem a vontade dela, já chegou aqui ai a gente enquadra até como um estupro praticamente! Ai essa violência doméstica tem vários tipos, como essa daqui a do sexual, da relação forçada, tem realmente a agressão física como chegam, com um membro quebrado e dizem que caíram disso, caiu daquilo, mas ai depois você começa a ver direitinho porque ela vai ter que dizer o que realmente aconteceu. Até quando a gente vai e sabe que foi o marido que violentou ela. (MARGARIDA, TÉCNICA ENFERMAGEM)

O que eu entendo (pausa) é a violência contra o sexo! Relacionada ao sexo feminino, pra mim o que define é isso. A violência tanto pode ser contra o feminino como contra o masculino, mas, geralmente, o que acontece mais na sociedade é contra o feminino, é o que eu entendo. E no caso da violência doméstica é aquela violência praticada por alguém dentro da família daquela pessoa que convive com ela, né, não só o pai, como o marido, um primo, alguma coisa que acontece no lar, é isso. (AÇUCENA, ENFERMEIRA)

Violência doméstica contra a mulher pra mim ela é qualquer tipo de cerceamento de pensamento ou de locomoção dela, por exemplo, é se o marido a xinga todos os dias, isso pra mim é violência. Se mesmo não a xingando, ele proíbe que ela tenha determinado comportamento, de forma incessante, de forma que ela tenha um assédio, que seja caracterizado como um assédio, uma restrição da consciência dela, pra mim isso ai é violência doméstica, não só a agressão física. Tem a violência propriamente dita,

física, violência intelectual, também quando ele impede que ela vá estudar isso também é um tipo de violência por que tenta inibir, violência de pensamento quando ela tenta ter algum pensamento e é recriminada por aquele pensamento, eu acho que basicamente é isso. (CRAVO, MÉDICO)

Minha visão em relação a isso, a esse caso é que não é só a questão da violência física, agressões, mas também verbal, moral, e tudo. A agressão é por que nesse caso a mulher vem sofrendo essas agressões silenciosamente, até chegar ao ponto de uma agressão física, até o fato dela não, tipo assim, não ter o direito de expor sua opinião em relação ao relacionamento, pra mim, já é visto como uma violência, verbal contra a mulher. (GIRASSOL, TÉCNICA ENFERMAGEM)

No que tange à violência doméstica contra a mulher, embora os(as) profissionais não demonstrassem conhecimento muito aprofundado sobre a questão, mostraram maior familiaridade quando comparada a violência de gênero, elencando os sujeitos que dela fazem parte, o locus de sua ocorrência e formas de manifestação. Observou-se também que não houve menção aos mecanismos institucionais de combate a violência, sendo que o hospital onde trabalham é uma das instituições que faz parte da rede de enfrentamento.

Ainda sobre a violência doméstica contra a mulher há que se destacar que o homem historicamente ocupou o polo dominante da relação, e as mulheres foram submetidas a posições inferiores, sendo desvalorizadas socialmente. Relembra-se aqui que a violência de gênero, principalmente, a praticada contra a mulher em âmbito doméstico não acontece aleatoriamente, ela deriva de uma organização social de gênero que privilegia o masculino (patriarcado) e está fundada na hierarquia e desigualdades de poder (SAFFIOTI, 2004).

Muitos companheiros das mulheres alimentam um sentimento de posse em relação às mesmas e as veem como um objeto de sua propriedade. Por muito tempo, devido ao modelo hegemônico de família patriarcal, atribuiu-se à mulher o papel social de cuidadoras do lar, do espaço privado/doméstico, enquanto os homens desempenhavam o papel de provedores e chefes de família responsáveis por ocupar o espaço público (SAMARA, 2002; OLIVEIRA, 2005; SORJ, 2005).

Todavia, com as lutas dos movimentos feministas e de outros segmentos também excluídos socialmente, a exemplo das pessoas LGBTI, observou-se várias mudanças que vem ocorrendo na família no que diz respeito aos modelos, as relações entre seus membros e os papéis sociais desempenhados, especialmente, pelas mulheres que passaram a ocupar também o espaço público e chefiar famílias, embora continuem ainda a serem as principais responsáveis pela criação dos filhos e tarefas domésticas (GOLDANI, 1993; GIDDENS,

2000; PETRINI, 2005; PIKANÇO, 2005; MENDES, 2008b).

Destaca-se ainda o fato de que muitas mulheres não desejam o fim do relacionamento, mas o fim da violência, e muitas vezes não se separam do companheiro por ser dependente financeiramente, por temer pela sua segurança e dos filhos. Outras se mantêm na relação violenta, por acreditarem na concepção de casamento para a vida toda, algumas delas até pela dependência emocional em relação ao parceiro em que alimentam a esperança de que estes mudem, dentre outras razões como apontado por Diniz; Pondaag, 2006; Mendes, 2008b; Winck; Neves, 2008. Supõe-se que se os(as) profissionais de saúde tivessem uma compreensão mais aprofundada sobre os múltiplos fatores que permeiam a violência contra a mulher, sobre o ciclo da violência poderiam ampliar o leque de intervenções para além do tratamento das sequelas orgânicas produzidas pela violência (SAFFIOTI, 2004; SCHRAIBER et al., 2005).

Ressalta-se que muitas vezes nem as mulheres e nem os(as) profissionais detêm este tipo de conhecimento. O qual poderia ser utilizado como estratégia de conscientização e reflexão junto às mulheres que sofrem violência para que conseguissem superar e/ou romper este ciclo da violência. Pois, em muitas situações as mulheres sequer conseguem identificar os comportamentos abusivos e violentos praticados pelos companheiros como sendo de fato uma violência doméstica.

É necessário compreender e respeitar as decisões das mulheres em situação de violência que, muitas vezes, não denunciam e decidem não romper de imediato o relacionamento, visto que por um fim na relação conjugal também pode aumentar o risco da violência ser intensificada e de serem assassinada, devido a não aceitação por parte dos parceiros do fim do relacionamento (DINIZ; PONDAAG, 2006). Nesse sentido, o silêncio ou ocultação do fato por parte delas requer conhecimento específico sobre relações de gênero, habilidade e sensibilidade dos(as) profissionais que atendem essas mulheres nos diversos organismos da rede de enfrentamento para perceberem as manifestações verbais e não verbais das mulheres em situação de violência durante o atendimento (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2002; MANITA; RIBEIRO; PEIXOTO, 2009).

Diniz e Pondaag (2006) afirmam que o silêncio é uma das faces mais perversas da violência e tem consequências para a saúde física e mental das mulheres, todavia o ocultamento da violência é uma estratégia de sobrevivência para muitas mulheres que vivem em relações onde a violência está presente. O silêncio é uma das formas de lidar com as ameaças do agressor para preservar a família e os filhos/as e evitar novos episódios de

violência, devido o sentimento de insegurança e da falta de suporte material e emocional para revelar e denunciar a violência sofrida.

Quando perguntado aos profissionais de saúde sobre a discussão acerca de gênero, violência de gênero e violência doméstica contra a mulher ao longo da sua formação acadêmica, em pós-graduações e/ou na educação continuada<sup>41</sup>, alguns profissionais afirmaram não ter participado de discussões sobre o tema. E os(as) profissionais que afirmaram ter tido acesso a discussão argumentaram que esta se deu forma pontual, onde o assunto foi trabalhado de forma superficial, sem aprofundamento, tendo sido abordado em apenas uma aula, através de seminários e dramatizações, como exposto nas falas a seguir:

Muito pouco, eu lembro de uma aula ao longo do Curso de Medicina, que são seis anos, em psicologia médica que o tema da aula foi esse, teve uma mesa redonda, a gente discutiu depois que acabou a aula, ok, e cada um pra sua vida. (JASMIN, MÉDICA)

Não, que eu lembre não. (VIOLETA, ENFERMEIRA)

Foi abordado violência contra a mulher que gente fez até um seminário na faculdade. (ROSA, TÉCNICA ENFERMAGEM)

Não, porque quando a gente faz o Curso, assim, tinha a parte de psicologia, mas não falava desse tipo de agressão contra a mulher, só falava sobre a patologia que a pessoa que tem distúrbios mentais, mas não entra muito nisso não, eles não abordam isso daí, não abordam. (GARDÊNIA, TÉCNICA ENFERMAGEM)

Não, no meu tempo não foi abordado! Não, só mesmo a questão da violência doméstica. (MARGARIDA, TÉCNICA ENFERMAGEM)

Violência de gênero não, mas violência doméstica já. Já participei de alguns encontros, até quando eu fazia Direito, principalmente, que a gente tinha que ficar estudando estatuto, né, e aí acabava que ficava lendo sobre violência doméstica, agora violência de gênero é que realmente não. (AÇUCENA, ENFERMEIRA)

Enquanto acadêmica sim, paguei algumas cadeiras que a gente tocava nesse tema. (LÓTUS, ENFERMEIRA)

Foi discutido, já vi isso desde a minha formação em medicina. Em Psiquiatria, você vai abordar a questão justamente dos trans, homo e assim, não que atualmente seja tratado como doença e até tem ambulatórios tive o prazer depois de formado trabalhar com uns colegas psiquiatras que davam plantão numa urgência num hospital da periferia de São Paulo que tinha

---

<sup>41</sup> Processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele. (BRASIL, 2009a, p.130)

psiquiatra de plantão. Ai o quê que acontece lá esses meus colegas falaram que existem ambulatórios especializados em doenças psiquiátricas por distúrbios relacionados ao preconceito ao gênero a doenças psíquicas relacionadas, acopladas a esse tipo de situação de um homossexual que não quer se aceitar ou um Trans que tem algumas bizarrices sexuais. Um amigo me disse que tinha um cara que nasceu homem, fez a mudança de sexo pra se tornar mulher e era lésbica, assim todo tipo de caso. A gente teve a oportunidade de conversar com um colega também ortopedista e a gente conversava sobre essas situações limite né, da situação lá era o único pronto-socorro do extremo leste da cidade de São Paulo que atendia os doentes psiquiátricos, lógico, óbvio que era mais drogadito, ele atendia mais a questão de usuários de drogas, mas de vez em quando aparecia esses casos, geralmente, ele atendia trans. (CRISÂNTEMO, MÉDICO)

Diante do exposto, supõe-se que em alguma medida, as limitações quanto à compreensão sobre gênero, violência de gênero e violência doméstica contra a mulher por parte da maioria dos(as) sujeitos da pesquisa, pode ser explicada, dentre outras razões, pela ausência ou falta de aprofundamento do debate sobre esse tema na formação acadêmica, e ao longo da vida profissional também. Sabe-se que, particularmente, nos currículos acadêmicos dos cursos da área de saúde, este tema é marginalizado, e quando é trabalhado, isto é feito forma superficial, evidenciando os resquícios de uma formação centrada na racionalidade biomédica e na busca do diagnóstico e cura de doenças.

Nesse sentido Pedrosa e Spink (2011) argumentam que a inclusão do tema da violência na matriz curricular, principalmente, do curso de medicina, se deu de forma superficial, sendo que nas disciplinas propedêuticas<sup>42</sup> essa temática não é inserida numa discussão político-social, concentrando-se na abordagem saúde-doença-conduta, de modo que a falta de preparo na formação acadêmica sobre o tema se reflete nas ações e no atendimento prestado as mulheres nos serviços de saúde onde:

Os profissionais percebem que ainda não conseguem trabalhar em uma perspectiva inclusiva, emancipatória e intersetorial. Quando falam da rede de referência social, que poderá acolher as pessoas em situação de violência após o atendimento hospitalar, tendem a delegar essa orientação aos profissionais da área de assistência social. Dessa maneira, a prática profissional se insere em uma linha descontínua de cuidado em que a usuária é atendida por várias categorias profissionais desconectadas. A fragmentação da organização do trabalho instaura um modelo verticalizado em que cada categoria e cada especialidade criam seu modo de atuar, decorrendo daí etapas de cuidados.

---

<sup>42</sup> Propedêutica é um termo histórico originado do grego προπαιδεύω que significa "ensinar previamente". Trata-se de um curso ou parte de um curso introdutório de disciplinas em artes, ciências, educação, etc. É o que provém ensinamento preparatório ou introdutório, os chamados conhecimentos mínimos. Fonte: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Propedeutica>> acesso em 11/10/17

Entende-se ser essencial que haja a discussão dos temas relacionados a gênero, violência e saúde desde o início da formação ainda na graduação dos cursos de saúde e áreas afins, bem como depois de forma continuada através de capacitações treinamentos como estratégia para a mudança dessa realidade de despreparo dos profissionais diante dos casos de violência doméstica contra a mulher.

## **5.2 Descortinando o atendimento às mulheres em situação de violência no HUT**

Nesta seção apresenta-se como ocorre o processo de atendimento as mulheres em situação de violência doméstica que buscam atendimento no HUT, a partir dos discursos dos(as) profissionais sobre como atendem estas mulheres nesta instituição.

### **5.2.1 “A gente não acolhe, a gente trata”: ações dos(as) profissionais ante a mulher em situação de violência doméstica**

Quando indagado aos(as) profissionais se já haviam atendido uma mulher em situação de violência doméstica no HUT todos(as) afirmaram que sim, foi solicitado que descrevessem como o HUT e eles(as) acolhiam essas mulheres e quais ações realizavam diante de um caso deste, então responderam que:

Pior que a gente não acolhe a realidade é essa, a gente trata! Você trata as lesões que elas sofreram, mas acolher a gente não tem tempo de fazer isso. A gente não tem capacitação também pra fazer isso. A gente fica até sem saber como abordar. Às vezes eu fico tão assim, eu já chamei a psicóloga porque eu não sabia como chegar até elas. As ações são voltadas para o tratamento das feridas, das sequelas, dos danos, não pra acolher elas emocionalmente. (AÇUCENA, ENFERMEIRA)

Além da identificação, a política do acolhimento e da classificação de risco é baseada na manifestação do paciente, da gravidade dessa manifestação que ela traz para o serviço para que o atendimento seja realizado conforme a necessidade desse paciente. Observando que no acolhimento com classificação de risco a gente acolhe demandas diversas voltadas para a mulher, e quando existe esse caso que é referido pela vítima, ai a gente aciona logo o serviço social para continuidade do atendimento para ver as demandas posteriores. Até porque essa paciente ela não vai ter acúmulo sobre a classificação de risco. Aqui é só um direcionamento do atendimento pra que seja mais rápido e efetivo pra queixa que a paciente chega apresentando. (LÓTUS, ENFERMEIRA.)

Eu tenho que fazer primeiro o atendimento dela, porque ela vai vir com dor, porque ela vai tá toda machucada, a gente faz as medicações e o serviço social é chamado. (MARGARIDA, TÉCNICA ENFERMAGEM.)

No caso do setor da epidemiologia, a gente faz somente a notificação daquela paciente. Agora em relação ao acolhimento que ela (pausa), acredito que eu vejo assim, como uma paciente que nem os outros casos. Não tem um acolhimento específico pra essas mulheres, não tem. É um caso igual aos outros e a gente é que vai fazer a diferença de fazer essas notificações e ver isso. (GIRASSOL, TÉCNICA ENFERMAGEM)

Nem todas às vezes, como eu já falei, ela se sente acolhida a ponto de falar o que aconteceu, às vezes a gente fica ali, faz a abordagem e elas não relatam, às vezes um familiar que chega aí confessa o que realmente aconteceu. (ROSA, TÉCNICA ENFERMAGEM)

Ali na sala verde o quê que a gente faz? Se a paciente tá com algum tipo de lesão se for pra fazer curativo a gente faz, aí vem já a prescrição a gente faz a medicação, se tiver dor a gente faz a medicação pra dor, é feito os exames pra saber como é que tá essa lesão e tudo. Mas, dizer assim, voltado pra aquela violência eu ainda não vi, então a gente faz mais o atendimento físico da enfermagem, né, medicação, o que o médico prescreve e sinais, tudo isso, num é voltado pra agressão que ela sofre. (GARDENIA, TÉCNICA ENFERMAGEM)

Assim, é... Na maioria das vezes, pelo menos as que eu atendi já chegaram com uma história de que era né. E foram mulheres que foram vítimas de agressão física e que vieram pro HUT porque tinha alguma lesão, tinha alguma coisa que precisava fazer algum exame, alguma coisa assim. (LÍRIO, MÉDICA)

Bom, geralmente, a gente quando vai atender qualquer paciente a gente segue uma linha de raciocínio que é importante pra que a gente possa fazer o nosso diagnóstico e tratar da melhor forma possível. Então, isso inclui a anamnese onde a gente, geralmente, pergunta né, faz o exame físico onde a gente vai ver lesões que foram produzidas, por exemplo, se alguém chega com um braço todo roxo dizendo que foi devido a alguma queda, é esquisito, porque quem é que vai cair dá própria altura e ter uma lesão se ela não teve uma crise convulsiva ou se ela não teve... Alguém a empurrou?[...] Então, nesse momento o quê que a gente faz? Primeiro, a gente faz o relato de prontuário, porque o médico não é autoridade policial, a gente faz o relato de prontuário. (CRAVO, MÉDICO)

A abordagem é igual a qualquer outra. Infelizmente, a gente trata igual a qualquer outro tipo de trauma, a parte psicológica deixa muito a desejar, aí você não sabe pra onde que você vai mandar, não sabe se ela tem noção do que tá acontecendo, se ela vai ou não atrás de ajuda policial e etc... Mas, a gente trata igual a todos (CRISÂNTEMO, MÉDICO)

Em relação à parte psicológica direcionada nenhuma (pausa) nenhuma ação, a gente não chama ninguém da área de psicologia, não chama ninguém da área de serviço social, a gente trata a doença, resolve e libera que é muito errado, né? Porque a pessoa volta pro local onde aconteceu o problema e é submetida a outra situação parecida ou pior. [...] a gente não atende a mulher em situação de violência doméstica, a gente atende a pessoa que tá com dedo

amputado pelo marido, que tá com uma facada pelo marido, a gente atende aquele problema, a gente trata essa mulher da mesma forma que a gente trata um paciente que caiu de um caminhão acidentado entendeu? O tratamento é o mesmo [...] Depende muito do meu dia assim, mas, geralmente, a minha conduta é não aconselhar por que acaba que eu noto que elas não querem muito conselho, não querem muito que a gente chegue perto, elas tão aqui pra gente resolver o problema pra elas irem embora né! Mas, assim, não é certo isso (JASMIN, MÉDICA)

A partir das falas apresentadas observa-se que não há um acolhimento a estas mulheres em situação de violência, não há um atendimento especializado, pois o atendimento realizado é igual ao destinado a qualquer outro usuário(a) do serviço, as ações realizadas geralmente estão focadas no tratamento das sequelas físicas decorrentes da violência, sem que se trabalhe os aspectos emocionais/psicológicos e sociais do problema. Nos discursos analisados, confirma-se que a perspectiva da integralidade do cuidado não existe, sendo o acolhimento uma das dimensões negadas na relação profissional de saúde-usuária.

Ferreira (2016) argumenta que o cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência de gênero exige mais do que habilidades técnicas, requer uma atenção individualizada que transcenda o sentido de curar e tratar. Para isso, é necessário um conjunto de medidas, posturas e atitudes na relação de cuidado à mulher, no sentido de compreendê-la em sua plenitude, ouvi-la com sensibilidade e solidariedade, respeitando suas crenças e valores.

Nota-se na fala de uma das profissionais que esta até reconhece este tipo de tratamento como inadequado, visto que a mulher vai retornar para sua casa e continuará sendo submetida à violência. Esta realidade poderia ser transformada com a ajuda dos(as) profissionais de saúde, pois se sabe que uma mulher que sofre violência dificilmente consegue sair desta situação e romper o ciclo da violência sozinha, sem apoio, seja este da sua rede social e familiar e/ou de profissionais das instituições em que elas buscam atendimento como os serviços de saúde, os quais se sensibilizados e capacitados para isso, poderiam oferecer suporte ao ajudá-las a encontrar alternativas de superação deste problema e encaminhá-las aos serviços especializados da rede de enfrentamento a violência. Todavia, esta realidade de atendimento não qualificado, não é exclusiva do HUT, mas dos serviços de saúde em geral, das DEAM's, entre outros serviços da rede, como apontam várias pesquisas em âmbito internacional, nacional e local (KRUG et al., 2000; PEDROSA, 2003; SCHRAIBER et al., 2005; VELÁZQUES, 2006; FONSECA; GUEDES, 2011; SILVA, 2013; SOUZA, 2014; LIRA, 2015; FERREIRA, 2016; SANTOS, 2016)

Dados de uma pesquisa realizada por Monteiro *et al.* (2006) sobre violência contra a mulher atendida numa unidade de urgência de Teresina-PI, no Pronto Socorro do Hospital Getúlio Vargas em 2004, obtidos através das fichas de notificação de atendimento extraídas do SAME (Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico), revelam que o atendimento prestado às mulheres em situação de violência, na área da saúde, é incipiente, sem integralidade, onde as condutas dos(as) profissionais limitam-se ao atendimento de queixas de menor complexidade como aquelas que necessitavam de uma consulta médica, ou de uma sutura, restringindo-se ao cuidado das lesões, das marcas deixadas no corpo pela violência.

Schraiber e Kiss (2011) afirmam que muitos profissionais ainda possuem visões conservadoras ao considerarem as mulheres responsáveis pela situação de violência, fruto de suas escolhas pessoais, julgam de forma equivocada os valores que orientam essas escolhas, expressando uma forte carga moral que pode repercutir em suas ações no atendimento, isto também pode ser observado na fala de alguns dos(as) profissionais entrevistados.

Compreende-se que trabalhar a questão de gênero na área da saúde, não se restringe apenas atender as sequelas físicas da violência vivenciada por mulheres, mas desenvolver ações que possam alterar o modelo que rege as relações de gênero que é fortemente orientado pelo caldo cultural da ideologia patriarcal, machista, hegemônico e ainda presente na sociedade atual (SAFFIOTI, 2004), manifestando-se nas ações estruturais e institucionais, incluindo aquelas desenvolvidas no atendimento dos(as) profissionais da saúde e das diversas áreas que lidam com mulheres em situação de violência, sendo que a finalidade destas ações deveria ser o respeito à vida, a dignidade, a cidadania, assim como superar as desigualdades sociais e de gênero existentes e fomentar a igualdade de gênero.

Como foi revelado pelos/as profissionais, nas falas apresentadas anteriormente, *não há atendimento diferenciado nem tão pouco específico às mulheres em situação de violência* que buscam o HUT, elas são tratadas como qualquer outro caso, fazendo com que esse problema seja invisibilizado, não revelado e, muitas vezes, não notificado. Sobre esse atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica na saúde Pedrosa e Spink (2011) realizaram uma pesquisa com profissionais de saúde de um hospital do interior de São Paulo onde identificaram problemas no atendimento semelhantes aos encontrados na instituição ora pesquisada, elas destacam que:

Os agravos à saúde, causados pela violência, são queixas frequente nos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, e raramente são reconhecidos e abordados como tal. Nos serviços de emergência, a violência

conjugal é a maior causa de lesão corporal, sobrepondo-se a acidentes de trânsito; porém, as dimensões que acompanham esse sofrimento marcado no corpo não são consideradas nas condutas médicas. O trabalho médico, devido ao seu aparato conceitual e técnico, reduz o problema da violência a uma questão do corpo individual e o mesmo diagnóstico e conduta serão prescritos tanto à mulher que sofreu uma fratura por acidente de automóvel quanto àquela que apresentou uma fratura por espancamento; os dois corpos assim tratados retornarão à mesma vida social em que se feriram. (PEDROSA; SPINK, 2011, p.125)

Estas autoras afirmam ainda que a abordagem da violência de gênero nos serviços de saúde requer adoção de práticas que sejam coerentes com essa perspectiva, em que o profissional deve se posicionar como facilitador do processo terapêutico, devendo construir estratégias com as usuárias que respeitem seu contexto social e suas singularidades. Sendo necessário se aproximar dessas realidades e dar visibilidade aos conflitos que estão subentendidos nas queixas e isto requer uma escuta atenciosa que valorize o relato da usuária. (PEDROSA; SPINK, 2011).

Ante ao exposto entende-se que se faz necessário, a estruturação de um modelo de atenção e assistência específico para as mulheres vítimas de violência doméstica, inclusive neste ano foi publicada a lei 13.427 de 30/03/2017 que prevê a implantação de atendimento específico e especializado para mulheres vítimas de violência doméstica na área da saúde, todavia acredita-se que esta lei seja desconhecida para muitos(as) profissionais de saúde, até por se tratar de uma legislação recente. É preciso também a existência de condições estruturais adequadas para atenderem casos de violência doméstica contra a mulher.

A seguir apresenta-se falas que demonstram como os(as) profissionais do HUT fazem para identificar estes casos de violência no seu cotidiano de trabalho :

A questão inicial é o motivo, do que trouxe a vítima aqui. Ela pode dizer simplesmente que foi (pausa) por que tá com uma fratura na perna. Se a partir do segundo momento, se nas perguntas que eu fizer, ela disser como foi que aconteceu essa fratura. Como você se machucou? Se ela disse “foi meu marido, meu companheiro que me empurrou. Ai a partir daí, eu já mudo e entro no programa do acolhimento que tem questões específicas pra questão de agressão. Se ela negar, a gente não prossegue. Por exemplo, uma lesão no rosto, como foi que você machucou o rosto? Ela vai e diz, tropecei e machuquei o rosto. Então, pro programa vou finalizar que foi agressão pra lesão facial, por exemplo, que não toca na questão específica da violência de gênero. [...] A gente também fica atrás de manifestações que nem sempre são reveladas por essas mulheres, existem manifestações que podem ser ocultadas e a gente precisa de muito traquejo para poder identificá-las, situações que não são totalmente reveladas, entendeu? A gente precisa saber o que a paciente tem, porque a gente precisa da manifestação do sintoma,

mais para apresentar a causa da paciente para a partir daí a gente saber pra onde direcionar o atendimento. (LOTUS, ENFERMEIRA)

Pelas marcas, hematomas, algumas já tinham sutura, a face em si edemaciada (VIOLETA, ENFERMEIRA)

Com um trauma mesmo assim queda da própria altura ou que caiu de alguma coisa, um acidente mesmo como acontece comumente e também quando é espancamento dá pra perceber nitidamente que aquilo é marcas de dedo, de mão, no mínimo dá pra perceber! (GARDENIA, TÉCNICA ENFERMAGEM)

Geralmente, já vem triada, mas assim, coincidentemente, às vezes como aconteceu na semana passada, você vê a lesão você já sabe que é uma lesão de agressão, aí você pergunta: como foi? E ela diz: eu sofri uma paulada! Aí você, poxa você conhece o agressor? Mas, a abordagem é igual a qualquer outra. [...] Alguns sinais da mulher (pausa) às vezes histórias esdrúxulas, do tipo caí, escorreguei, você vê que não é uma lesão de um escorregão, ah escorreguei e bati a cabeça só que aí ela vem com um hematoma ocular e aí você acaba que suspeitando. [...] Já, faz parte do nosso dia a dia, ela tinha essa lesão que é quase patognomônica<sup>43</sup> de agressão, é típica de pessoas de estão se defendendo de uma agressão (CRISÂNTEMO, MÉDICO)

As queixas, lesões, hematomas e os sintomas físicos apresentados pelas mulheres são os principais recursos utilizados pelos(as) profissionais para identificar um caso de violência doméstica. Conforme relatado por uma das entrevistadas é necessário “muito traquejo” do(a) profissional para identificar essa situação, pois muitas vezes ela podem não ser revelada de forma direta pela usuária, mas isto não pode ser motivo para a não abordagem do assunto durante o atendimento. Entende-se que se os(as) profissionais forem devidamente preparados(as) e capacitados(as) sobre esse tema, saberão identificar e abordar às mulheres em situação de violência, pois elas podem apresentar sinais comportamentais, físicos, verbais e não verbais da violência sofrida.

Existe uma geografia das lesões típicas de situação de violência doméstica, é importante que os(as) profissionais fiquem alertas para as diversas formas de manifestação da violência doméstica contra a mulher (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000). Ressalta-se que este tipo de conhecimento se apreendido pelos(as) profissionais contribuirá para que possam identificar e intervir de forma adequada junto às mulheres que sofrem violência que buscam serviços de urgência como o HUT.

---

<sup>43</sup> Sintoma patognomônico diz respeito ao sintoma cuja presença é suficiente para estabelecer um diagnóstico.  
Fonte: <[http://www.dicionariomedico.com/sintoma\\_patognomonic.html](http://www.dicionariomedico.com/sintoma_patognomonic.html)> acesso em 14/10/17

Durante o atendimento os(as) profissionais devem se posicionar de forma a acolher e escutar essas mulheres, sem predisposição de julgamentos, fazendo-as se sentirem mais a vontade para exporem o problema. Parte-se da compreensão de que acolher significa dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, receber, atender, admitir (BRASIL, 2009b). Na área da saúde o acolhimento deve ser entendido como uma “diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade do serviço” (BRASIL, 2009b, p.15).

O acolhimento é entendido como um modo de operar nos processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos(as) que procuram os serviços de saúde. Ouvindo seus pedidos e assumindo-se nestes espaços, uma postura capaz de acolher, escutar e *pactuar* respostas mais adequadas às demandas dos usuários(as), respeitando a sua autonomia nas decisões a serem tomadas. O acolhimento como dispositivo técnico-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona como se dá trabalho em saúde, os modelos de atenção, gestão e de acesso aos serviços (BRASIL, 2009b)

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de urgência pressupõe que todos serão acolhidos por um profissional da equipe de saúde. Este profissional vai escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar risco e vulnerabilidade, e acolher também a avaliação do próprio usuário; vai se responsabilizar pela resposta ao usuário, a para isso vai necessariamente colocar em ação uma rede multidisciplinar de compromisso coletivo com essa resolução. (BRASIL, 2009a, p.21.)

A seguir apresenta-se o relato de uma profissional que demonstrou compreender a necessidade de se adotar uma postura acolhedora e ter certo cuidado com a maneira de abordar ou interrogar a mulher para que esta não se sinta constrangida e fique mais retraída ainda, por se tratar de uma vivência dolorosa e difícil de ser verbalizada.

Na verdade a maioria dos casos, foram poucos, da vítima chegar e referir que de fato ela sofreu violência (pausa). Ah, nesse caso quando ela refere que o motivo do atendimento é esse, de certa forma a gente tem mais traquejo pra lidar com a situação, porque a gente sabe que determinado questionamento, determinada informação, até a forma de olhar, pode coibir e inibir um pouco mais essas pessoas em alguns casos. Outros casos quando a mulher é interpelada, quando ela chega em forma de outras desculpas ou outras queixas (pausa). Ela, a gente não pode direcionar o atendimento ou fazer algum questionamento que, de certa forma, faça com que a vítima entenda o porquê aquele tipo de questionamento está sendo feito, qual a situação, porque pode deixa-la mais intimista ainda. Pode fazer ela resguardar mais

ainda o caso. No geral, não é o tipo de atendimento que é comum a vítima chegar com a queixa, falando que o motivo dela ter vindo é a violência. (LÓTUS, ENFERMEIRA)

Ela afirma que não pode direcionar o atendimento, ou fazer perguntas que levem a mulher a entender que há uma suspeita de violência por acreditar que isso poderia a deixar mais retraída podendo silenciar sobre o ocorrido, isto denota que caso a usuária não revele a violência sofrida o(a) profissional também não pergunta. Alguns profissionais talvez por insegurança e despreparo acerca de como agir diante de um caso deste, preferem não tocar no assunto e não inclui uma pergunta sobre isso durante o atendimento (MOREIRA, 2007). O que pode invisibilizá-lo e contribuir para a subnotificação destes casos dentro do serviço, dificultando que alguma ação possa ser realizada para ajudar a mulher a enfrentar este problema.

Existem manuais que tratam sobre o atendimento a mulheres em situação de violência que apresentam técnicas de comunicação e conversa que instruem como fazer este tipo de questionamento e abordagem sobre a violência (BRASIL, 2005b). Todavia, este tipo de conhecimento não é detido por muitos(as) profissionais de saúde como se observou no relato da profissional entrevistada. A literatura sobre o tema informa que muitas mulheres em situação de violência podem se tornar lacônicas e reticentes, por se tratar de um assunto doloroso, tornando-se, extremamente, difícil prosseguir a fala (BRASIL, 2005b). Nestes casos utilizar técnicas específicas de comunicação e perguntar sobre a situação de violência pode ser um bom recurso para libertá-las do bloqueio e assim permitir que a conversa volte a fluir.

É necessário que o(a) profissional saiba identificar o momento certo para incluir uma pergunta sobre pontos duvidosos ou contraditórios no relato da mulher quando houver a suspeita de se tratar de um caso de violência. Concorda-se com Velázquez (2006) que a pergunta quando feita de forma adequada pode tanto ajudar a mulher a se comunicar, como pode servir como um apoio emocional para elas, sendo necessário as vezes que o(a) profissional ajude-a a clarear e reelaborar o ocorrido, fazendo uma síntese dos elementos mais significativos do relato dela, pois uma parcela significativa das mulheres tem dificuldades de falar, perceber e/ou identificar a violência sofrida .

Sobre este aspecto recorda-se aqui de um depoimento que ouvi enquanto assistente social do HUT, de uma jovem de 17 anos vítima de violência doméstica praticada pelo ex-companheiro que tentou assassiná-la com várias facadas no abdômen, onde ao perguntar a mesma sobre o ocorrido e se o ex-companheiro costumava ser violento com ela. A jovem

respondeu que ele não era violento, que apenas lhe batia de vez em quando. Este relato chamou minha atenção pelo não reconhecimento das atitudes do companheiro como atos de violência. Para ela a violência de fato só se deu quando ele tentou assassiná-la.

Ressalta-se que essa mesma dificuldade de reconhecer comportamentos e atitudes violentos dos companheiros foi identificado no relato de várias outras mulheres que atendi no meu cotidiano de trabalho nesta instituição. Tal fato demonstra o quão importante é o papel e a atitude do(a) profissional de saúde que diante de um caso destes se capacitado para trabalhar com esta demanda pode realizar uma acolhida e escuta ativa em que realize ações assistenciais, mas também ações socioeducativas de orientação sobre seus direitos, sobre a rede de enfrentamento a violência contra a mulher, assim como incitar a reflexão sobre as formas de expressão da violência de gênero e doméstica, sobre sua natureza cíclica para que possa rompê-lo e abrir caminhos para uma vida livre de violência.

A escuta ativa não é aconselhamento nem terapia. É uma maneira solidária de administrar o diálogo, de forma a ajudar a pessoa escutada a restaurar um laço de confiança, na medida em que se sinta compreendida e respeitada. Segundo o modelo da escuta ativa, que pode ser adotada em relações face-a-face ou por telefone, a postura de quem ouve é tão ou mais importante do que aquilo que se diz para a pessoa atendida, para que os(as) profissionais ou voluntários sejam capazes de incorporar as técnicas da escuta ativa, é necessário um treinamento específico, baseado em simulações (BRASIL, 2005b).

Deslandes, Gomes e Silva (2000), afirmam que as mulheres que sofrem violência buscam socorro médico num serviço de saúde, principalmente, nas emergências sentem muita vergonha e medo de revelar a origem de suas lesões, mas se estas mulheres forem abordadas de forma sensível pelos profissionais de saúde cerca de 35% delas acabam por declarar que foram vítimas de violência.

Como já fora mencionado a abordagem profissional em torno da violência doméstica contra a mulher, pressupõe uma técnica específica de conversa e um bom conhecimento das referências existentes nas diversas áreas que lidam com esse problema, como a jurídica, policial, serviço social, psicologia, organizações não governamentais, organizações religiosas e culturais, para que os/as profissionais possam apoiar essas mulheres a tomar decisões em torno da questão ou a melhor alternativa para sua vida (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2002).

Entende-se que se estes profissionais precisam ser capacitados sobre como abordar este tema, haja vista que já existem vários estudos com instruções sobre como isso deve ser

realizado, utilizando-se técnicas apropriadas de conversa com uso de perguntas abertas, fechadas e/ou indiretas, acredita-se que as perguntas ajudam a deslanchar o processo de comunicação (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2002; SCHRAIBER et al., 2005 BRASIL, 2005b; MANITA; RIBEIRO; PEIXOTO, 2009). Eis alguns exemplos:

<b>Pergunta aberta</b>	<b>Pergunta Fechada</b>	<b>Pergunta Indireta</b>
Geralmente começa com “o quê” ou “como”. Permite que a pessoa atendida dê respostas mais amplas e dê a direção do conteúdo da conversa. Tente evitar o “por quê?”.	Refere-se a uma informação específica. Nesse momento você é que está estabelecendo os limites. Geralmente essas perguntas requerem uma resposta do tipo sim/não. Podem ser úteis, em certas ocasiões, mas não devem ser usadas demais.	É como perguntar sem perguntar. A pergunta indireta dá a chance à pessoa de responder ou não e ajuda-a a não se sentir bombardeada por perguntas
Ex: “Como é que foi isso para você?”; “Você pode me falar mais um pouco sobre...?”; “Como é que você enfrentou isso?”.	Ex: “Quantos filhos você tem?”; “Você já deixou seu marido alguma vez antes?”	Ex: “Eu estou aqui pensando se você estaria realmente segura aí...?”; “Eu estou imaginando que talvez você não se sinta à vontade para falar sobre isso agora...?”; “Você parece estar se sentindo mais forte hoje”.

Fonte: BRASIL (2005b, p.52 e 53)

Essas perguntas podem ainda ser usadas de forma combinada, por exemplo: “Você já deixou seu marido antes? (fechada). O que fez com que você o deixasse agora? (aberta). Eu imagino que deve ser muito assustadora essa situação para você (indireta) (BRASIL, 2005b, p.53). Os serviços de saúde por ser porta de entrada e ponto estratégico para identificação e atuação sobre a violência doméstica contra a mulher podem, funcionar literalmente como “salva-vidas” para as mulheres que buscam atendimento em serviços de urgência como o HUT, pois muitas vezes o contato delas com a rede social e familiar é restringido pelo companheiro violento. Uma intervenção precoce nestes casos pode prevenir o agravamento de uma situação de violência a qual a mulher é exposta rotineiramente, bem como pode reduzir e/ou evitar danos biopsicossociais mais graves, ou até mesmo evitar a morte destas mulheres ao ajuda-las a romper com essa situação (MANITA; RIBEIRO; PEIXOTO; 2009).

### 5.2.2 Protocolo de atendimento e notificação de casos de violência doméstica contra a mulher no HUT

Já existem normatizações, guias<sup>44</sup> e protocolos de atendimento específicos para atendimento às mulheres em situação de violência com informações, orientações, diretrizes e instruções sobre como deve ser este atendimento nos serviços de saúde, porém estes ainda são poucos conhecidos e utilizados pelos(as) profissionais da saúde. Quando perguntado aos profissionais sobre a existência de protocolos específicos de atendimento a mulher em situação de violência doméstica, seja da profissão a qual pertenciam e/ou da instituição pesquisada (HUT), estes(as) foram unânimes em afirmar a ausência deste tipo de protocolo de atendimento, como se pode observar nestas falas:

A gente não tem nada, nenhum protocolo, porque se a gente tivesse, de repente (pausa), se a gente pudesse ver e encaminhar elas pra estratégia saúde da família pelo menos, pra colega da área atender. Mas a gente não tem essa rede, não existe, é separada essa rede hospitalar da pública. (AÇUCENA, ENFERMEIRA)

Aqui não, se tem eu ainda não vi isso sendo feito. Não tem protocolo (GARDENIA, TÉCNICA ENFERMAGEM)

Se tem, eles nunca passaram pra nós ali do pronto atendimento não! (MARGARIDA, TÉCNICA ENFERMAGEM)

Não, em relação a esse caso não tem protocolo. (GIRASSOL, TÉCNICA ENFERMAGEM)

Protocolo específico que eu conheça não tem, mas toda vez que a gente percebe alguma coisa assim, a gente sempre aciona o pessoal do serviço social lá de baixo. A gente também sempre aciona as meninas do Núcleo de Epidemiologia Hospitalar-NHE, que elas fazem a notificação e elas ajudam. Assim, tanto as meninas da epidemiologia, como o pessoal do serviço social sempre ajudam a gente, assim, pra ver essa questão dos trâmites burocráticos que tem que fazer, que tem que acionar. (LIRIO, MÉDICA)

Não existe, que eu saiba, pode ser que exista, mas eu não sei, entendeu! Não me foi passado ainda nenhum protocolo. E nem aqui da gente não tem nenhum protocolo. E deveria ter pra direcionar, até pra esses casos pra saber pra onde encaminhar, pra até proteger essas mulheres! (JASMIN, MÉDICA)

Sabe-se que na área da saúde existem protocolos clínicos<sup>45</sup> para quase todo tipo de

<sup>44</sup> Ver Schraiber e D'Oliveira, 2002; Schraiber et al., 2005; Brasil, 2005b; Manita; Ribeiro; Peixoto, 2009.

<sup>45</sup> Os protocolos clínicos são instrumentos desenvolvidos para auxiliar os(as) profissionais da área de saúde na tomada de decisões, sejam elas simples ou complexas, que exijam paradigmas clínicos e subsídios teóricos realmente confiáveis para que possam ser aplicados pelos médicos de um hospital na assistência de seus pacientes. Tais ferramentas são elaboradas por meio de um amplo estudo sistemático das evidências científicas

doenças e problema de saúde, a violência doméstica contra a mulher não é uma doença, mas é também um problema de saúde pública que gera inúmeros agravos de saúde e mortes. Portanto, necessita da criação de protocolos que orientem as ações dos(as) profissionais para melhorar a qualidade da assistência e evitar práticas que revimizem essas mulheres. Vários autores argumentam que em geral os(as) profissionais de saúde lidam mal com os problemas que não se configuram como patologias e que são mais identificados com os determinantes sociais de saúde, em razão do predomínio da racionalidade biomédica neste setor que orienta as formas de pensar e agir em saúde (MOREIRA, 2007; FONSECA; GUEDES, 2011; PEDROSA; KISS, 2011; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2013)

A criação deste tipo protocolo foi apontada pelos(as) profissionais como uma estratégia importante para direcionar o processo de trabalho a ser realizado que poderia resultar na melhoria da qualidade do atendimento às mulheres em situação de violência, como se pode visualizar nas falas a seguir:

Eu acho que pra começar, poderia sim ser feito o protocolo pra gente, pra profissionais de apoio, psicólogos, vocês do serviço social, pra gente saber diagnosticar quais são esses pacientes, identificar esses pacientes de violência doméstica pra a partir daí poder iniciar o trabalho. (JASMIN, MÉDICA)

[...] Mas, acredito que a gente tem que estabelecer protocolos, você tem que ter uma sequência, você tem que saber intervir. (CRISÂNTEMO, MÉDICO)

Para os casos de violência sexual já existe a norma técnica para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes do ministério da saúde que orienta como deve ser este atendimento (BRASIL, 2005a). Contudo, quando se trata da violência doméstica contra a mulher os(as) profissionais alegam não saberem como intervir, não sabem como proceder, um profissional até argumentou não se sentir responsável por denunciar estes tipo de caso, como observa-se neste relato:

Não que eu conheça. Não, porque é muito genérico (pausa). A violência doméstica é muito ampla e não existe assim uma obrigatoriedade do médico denunciar uma violência doméstica, é diferente de uma violência sexual. (CRAVO, MÉDICO)

---

de determinada conduta, envolvendo pesquisadores, professores e demais especialistas, a fim de trazer resultados consensuais em relação a discussões de trabalhos clínicos que possam ser usados para melhorar os processos internos de um hospital, dando maior rapidez, confiabilidade, normalização e segurança à assistência. Fonte: <<http://www.mv.com.br/pt/blog/protocolo-clinico--entenda-a-importancia-da-gestao-do-conhecimento>> acesso em 14/10/17

Os(as) profissionais relataram em sua maioria não terem passado por nenhum tipo de treinamento e/ou capacitação específica para trabalhar com esta demanda, o que explica em parte o despreparados para abordar, intervir e encaminhar esta demanda. No entanto, reconhecem a necessidade da criação de protocolos de atendimento específicos para estes casos para que se sintam mais seguros quanto à abordagem, intervenção, bem como acerca das orientações sobre os direitos das mulheres. Pois, devido esta insegurança sobre como agir, alguns profissionais afirmaram acionar profissionais das áreas de serviço social, psicologia e do setor de notificação (NHE), por lhes considerarem mais preparados para lidarem com esta demanda como pode se observar nos relatos a seguir:

Tipo assim, a gente não tem um preparo pra isso, porque geralmente é um assunto que quem tem que abordar é o serviço social. Se a pessoa realmente relatar a gente vê que é uma agressão, mas a gente não pode chamar o serviço social e dizer olha isso aqui foi uma agressão sem que própria pessoa diga que foi uma agressão. Antes de ontem chegou ai uma gestante com perfuração de faca, eu assim sem querer invadir a privacidade dela, ela disse que foi uma briga numa festa, mas às vezes é mentira. Poderia ter sido agressão de algum homem e com certeza foi, perfuração de faca aqui nessa região das costelas. (GARDENIA, TÉCNICA ENFERMAGEM)

Acho que não, porque assim chega uma paciente aqui dessa forma e eu vou falar com quem? Até onde eu sei ela é que tem prestar a queixa, o policial tem que vir pra fazer o boletim. Ai a minha função não sei se seria só orientar ela e explicar todo esse processo de como que ela faz tudo que ela têm, que eu também não sei como é de tudo, do que a policia pode fazer pra proteger ela! Que eu também não sei como que é tudo isso. [...] Pois é, é como eu tava te dizendo né, se eu influenciar pra denunciar ela pode morrer, se eu não influenciar pra denunciar ela também pode morrer, entendeu? (JASMIN, MÉDICA)

Não, assim, os conhecimentos necessários não! Por que como você já havia falado aqui tem a notificação compulsória que eu não conheço, ai já é um meio, pra notificar, pra melhorar mais a situação(atendimento). (ROSA, TÉCNICA ENFERMAGEM)

A gente assim, nosso setor a gente deveria ter mais palestras voltadas pra nós em relação à violência, já que é a gente que atende elas né a gente tem essa carência de conhecimento sobre o tema pra chegar até elas. (GIRASSOL, TÉCNICA ENFERMAGEM)

Quanto a esse despreparo dos profissionais acerca de como atender, orientar e encaminhar as demandas de mulheres em situação de violência Pedrosa e Spink (2011) esclarecem que:

A falta de preparação na formação acadêmica para esse tipo de atendimento se traduz em falta de preparo profissional para a atuação no SUS, ou seja, os

profissionais percebem que ainda não conseguem trabalhar em uma perspectiva inclusiva, emancipatória e intersetorial. Quando falam da rede de referência social, que poderá acolher as pessoas em situação de violência após o atendimento hospitalar, tendem a delegar essa orientação aos profissionais da área de assistência social. Dessa maneira, a prática profissional se insere em uma linha descontínua de cuidado em que a usuária é atendida por várias categorias profissionais desconectadas. A fragmentação da organização do trabalho instaura um modelo verticalizado em que cada categoria e cada especialidade criam seu modo de atuar, decorrendo daí etapas de cuidados. (PEDROSA; SPINK, 2011, p.128)

Quanto à intervenção de profissionais de saúde em situações de violência no tocante à adoção de protocolos de assistência a estes casos, Schraiber e D'Oliveira (2013) ressaltam que mudanças no processo de assistência, como por exemplo, a incorporação de questões sobre abuso e violência no formulário de admissão dos serviços de saúde e hospitais poderia resultar em mudanças nos processos de trabalhos de muitos profissionais de saúde que favoreçam a visibilidade desta demanda dentro do serviço, aliada a um trabalho de capacitação para intervenção neste tipo de demanda, possibilitaria que os(as) profissionais realizassem uma busca ativa e contínua de casos de violência ao interrogarem todas as mulheres durante o atendimento sobre situações ou histórico de violência na família, ação que é considerada por estas autoras como uma boa prática para dar visibilidade e enfrentar este problema nos serviços de saúde.

Quanto à notificação de casos dos casos de violência doméstica contra a mulher ao se interrogar se os(as) profissionais conheciam o dispositivo da notificação compulsória de casos de suspeita de violência doméstica contra a mulher e se a realizavam no seu cotidiano de trabalho, dos onze profissionais entrevistados, seis disseram não conhecer e nunca haviam realizado uma notificação desse tipo, cinco afirmaram conhecer, mas superficialmente, sendo que do total apenas três já haviam realizado uma notificação. Uma destas profissionais que havia realizado notificação informou que isto ocorreu em outro local de trabalho onde atua como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família-ESF. E as outras duas profissionais que também notificaram são uma médica do pronto atendimento e uma técnica de enfermagem que trabalha no setor responsável pelas notificações destes casos de violência doméstica contra a mulher que é o Núcleo de Epidemiologia Hospitalar-NHE.

Este setor, o NHE, possuía apenas seis profissionais, que são dois enfermeiros que atuam na coordenação do núcleo e 03 técnicos de enfermagem que realizam o trabalho de busca ativa nos prontuários em todos os setores do HUT para identificar e notificar os casos de suspeita de violência doméstica contra a mulher, criança e idosos. Estes profissionais são

responsáveis, também, por notificar os casos de tentativa de suicídio e outros agravos de saúde de notificação compulsória, trabalham como diaristas, com jornada de trabalho de 30hs semanais (06hs/dia) de segunda a sexta, nos turnos da manhã e tarde, ficando o turno da noite, finais de semana e feriados, sem este trabalho. Chama-se atenção para o fato de que este número de profissionais é insuficiente para dar conta da demanda de atendimentos do hospital, elas passam apenas uma vez por dia em cada setor, isso contribui, para a subnotificação destes casos no serviço. Observe o relato de uma das profissionais deste setor informando como fazem este procedimento:

É assim, nós somos divididas as meninas, ai cada técnica tem os seus setores, todos os setores do HUT são vistos diariamente. Começa eu vou até o prontuário da paciente, né, e lá tem agressão física, né, ai eu vou até a paciente converso com ela, e não vou diretamente no assunto né, eu vou dizer como foi? Por que a senhora entrou aqui, o que aconteceu, como foi que aconteceu. Ai ela vai dizer o que aconteceu, como foi, ai eu pego toda a identificação dela, me identifico que eu sou do setor que eu notifico os casos de violência ai eu falo, me diga ai agora eu quero saber como foi que aconteceu, mas antes disso eu me identifico e digo assim: Olha, eu sou do setor que notifica violência contra a mulher, mas não só contra a mulher, mas criança e idoso também e a gente notifica esses casos aqui no HUT, né. E ela vai abordando, eu gostaria de saber como foi que aconteceu e o que aconteceu com a senhora e ai ela vai dizendo o que aconteceu que foi agredida pelo cônjuge ai a gente pergunta ha muito tempo isso acontece e tudo e ela vai dizendo, muitas dizem que sim, outras preferem dizer não, ate pela questão do medo de tá dando essas informações porque muitas, ainda, têm medo de denunciá-los. Eu já entrevistei paciente que falaram que não ia denunciar porque gostava muito da pessoa, por isso ia deixar pra lá porque não ia denunciar. Na maioria dos casos, quando é um caso muito grave, a família vai denunciar, mas é mais difícil à mulher ir. (GIRASSOL, TÉCNICA ENFERMAGEM)

Quando tem esses casos, quando a gente diagnostica que foi realmente violência, a gente liga pro NHE né e comunica. Às vezes elas já estão notificadas porque já começa lá de baixo o atendimento, e ai entra a psicóloga também (VIOLETA, ENFERMEIRA)

A literatura especializada sobre o tema mostra que há uma considerável subnotificação destes casos na área da saúde e vários fatores contribuem para isso, uma das razões é a falta de clareza nos registros dos profissionais de saúde, principalmente, dos(as) médicos(as) que muitas vezes, não informam nos prontuários e nas fichas de atendimento o motivo das lesões, nem quem as causou, mesmo que identifiquem se tratar de uma situação de violência doméstica, tudo isso dificulta que intervenções e ações efetivas de apoio, assistência e prevenção sejam realizadas (SCHRAIBER et al., 2005; MONTEIRO et al., 2006; FONSECA; GUEDES, 2011). Velázquez (2006) afirma que os(as) profissionais, qualquer que seja sua

especialidade, devem reconhecer a violência como um problema de saúde pública e documentar isso no prontuário para que as providências necessárias sejam tomadas. Nesse mesmo sentido, Manita, Ribeiro e Peixoto (2009) expõem que:

Dado o acesso que têm a informação sobre os mais variados domínios da vida das pessoas, desde as lesões físicas e doenças aos problemas emocionais, relacionais e sexuais, todos os profissionais de saúde têm a oportunidade e a responsabilidade de identificar casos de VD/VC/VRI<sup>46</sup> e de providenciar a ajuda e o apoio de que essas pessoas necessitam. Uma intervenção precoce pode prevenir o agravamento de uma situação e reduzir ou evitar danos biopsicossociais mais graves, quando não a morte da(s) pessoa(s) vítima(s)[...] O médico, como os restantes profissionais de saúde, ocupam uma posição estratégica tanto na despistagem e diagnóstico como no tratamento e encaminhamento das vítimas deve, por isso mesmo, assegurar um primeiro acolhimento adequado e, se necessário, encaminhar a vítima para assistência especializada em diferentes áreas (social, policial, jurídica, psicológica). Dentre os profissionais que maior probabilidade têm de, no âmbito da sua atividade médica, de enfermagem, contactar com situações de VD/VC/VRI contam-se os clínicos gerais e médicos de família, os médicos e enfermeiros dos serviços de urgência, os obstetras, ginecologistas e pediatras, os psiquiatras, os radiologistas, os dentistas e os oftalmologistas (MANITA; RIBEIRO; PEIXOTO, 2009, p.44-45)

Não há uma padronização dos registros sobre violência e quando a violência é referida nem sempre é registrada nos prontuários (DINIZ, 2006). Os dados sobre a violência contra a mulher em geral não são investigados pelos(as) profissionais de saúde, sendo evidenciado, geralmente, apenas quando a mulher decide falar sobre o problema, mas na maioria das vezes, isso não acontece e muitos dos atendimentos decorrentes de violência não são identificados nos Serviços Públicos de Saúde. No entanto, deve-se investigar e registrar a violência e os motivos pelos quais ocorreu a agressão porque essa atitude pode facilitar a visibilização da violência contra a mulher nestes serviços de saúde (ILHA; LEAL; SOARES, 2005).

A seguir apresenta-se o relato de alguns profissionais que evidenciam algumas das dificuldades quanto ao registro dos casos de violência doméstica contra a mulher no prontuário, fato que dificulta o trabalho do(as) profissionais do NHE que é o setor responsável pelas notificações no HUT. Entende-se que se o(a) profissional que realiza o primeiro atendimento registrasse no prontuário que se trata de uma situação de violência e/ou acionasse regularmente os(as) profissionais do setor do NHE evitaria a subnotificação, porém isto não acontece na maioria das vezes no HUT, lembrando que a notificação pode ser realizada por qualquer profissional de saúde e não apenas pelos(as) funcionário(as) de NHE. Ao entrevistar

---

<sup>46</sup> De acordo com Manita, Ribeiro e Peixoto (2009) esses termos correspondem respectivamente a Violência Doméstica (VD), Violência Conjugal (VC) e Violência nas relações de intimidade (VRI).

uma das técnicas de enfermagem do NHE ela relatou que na maioria das vezes não são comunicadas da ocorrência destes casos, elas que ao lerem o prontuário, pelas características das lesões, suspeitam se tratar ou não de um caso de violência, então se dirigem à paciente para colher a história para confirmar ou não a suspeita levantada. Observe as próximas falas sobre este assunto:

O quê que a gente faz? Primeiro a gente faz o relato de prontuário, porque o médico não é autoridade policial, a gente faz o relato de prontuário. Infelizmente, a gente não pode fazer isso [registro no prontuário como violência doméstica] porque a gente não atua como testemunha, a gente atua como perito. Então, a gente coloca que a paciente teve um trauma, que esse trauma foi uma queda da própria altura, mas que teve a extensão X, Y ou Z e quem for o perito médico que for avaliar ele vai identificar que tá desproporcional o motivo do relato da paciente e da quantidade de lesões, inclusive a gente, geralmente (pausa). Dificilmente, [registra que foi uma agressão efetivada pelo companheiro] por que infelizmente a gente não tem como provar, geralmente, só se a gente tiver o relato da mulher e mesmo que a gente tenha o relato da mulher, dificilmente, a gente vai fazer isso, porque também a mulher pode voltar atrás no que ela tá falando. Diferente da justiça, onde o poder coercitivo ele garante que mesmo após a mulher denunciar, ela não pode retirar a denúncia, não pode retirar a queixa. Então, a gente tá fazendo um relato, nossa função é diagnóstico de doenças! [...] Eu queria voltar com relação à notificação compulsória, é muito complicado você como médico, que não tem um pingão de segurança nos hospitais denunciar alguém, porque se eu denuncio se eu coloco que ela foi vítima de violência doméstica naquele momento a outra pessoa tanto pode me processar como pode me agredir, o marido, porque eu não tenho provas eu não tenho testemunhas. Esse dispositivo ele é incabível, juridicamente ele é incabível, porque eu não posso compulsoriamente ser impelido a denunciar algo sendo que eu não posso provar, porque eu não tava presente naquele momento, entendeu? [...] agora eu não posso chegar e dizer assim, colocar no meu prontuário, mesmo que a pessoa fale pra mim que ela teve um (pausa) que ela foi agredida, eu posso até falar que ocorreu a agressão, agora eu não posso citar nome de pessoa, eu colocaria que ela foi agredida, mas não causada de cunho doméstico, ou que foi o companheiro não. Eu poderia até colocar assim, diz ser o marido (SIC), mas não que isso me torne uma testemunha daquilo entendeu? Porque eu não posso testemunhar um ato que eu não vi, até porque a gente tem que ver que no direito brasileiro tem o direito a ampla defesa e ao contraditório, se eu não conseguir provar, não é o réu que tem que provar que é inocente é o acusador que tem que provar que o réu é culpado, então se eu não tenho como provar, eu não vi, entendeu, eu não tenho como provar que (pausa) E se aquela mulher muda de ideia e diz que não falou aquilo, aí eu vou tá em maus lençóis, eu o médico. (CRAVO, MÉDICO)

A gente faz um breve histórico, e se o profissional tiver sensibilidade e achar que tem algum dado importante que depois pode ser levantado pelo setor de notificação ou a própria mulher pode requerer isso depois pra usar como prova que ela foi vítima de agressão, mas fica a cargo do profissional, registrar e como vai colocar. (LÓTUS, ENFERMEIRA)

Conforme se pôde observar nos relatos apresentados anteriormente, um dos profissionais entrevistados sente-se inseguro quanto ao registro dessas situações de violência doméstica contra a mulher no prontuário, preferindo apenas especificar as características das lesões sofridas sem mencionar sua possível causa e/ou agressor. Dentre os principais motivos apontados por profissionais de saúde para não realizarem o registro dos casos de violência no prontuário e a notificação dos casos violência de gênero. Percebe-se o medo da exposição e retaliação por parte do agressor.

Nota-se o desconhecimento da importância e da obrigatoriedade da notificação compulsória de casos em que há suspeita de violência doméstica, o que se constitui como obstáculo para a realização de um atendimento adequado às mulheres em situação de violência de doméstica. Outra dificuldade identificada refere-se à crença de muitos profissionais acerca da violência como um problema de família, cuja resposta deveria ficar restrita a este âmbito, associado ao medo de possíveis desdobramentos indesejados de uma intervenção e/ou denúncia deste tipo de situação que possa acarretar-lhes prejuízos à sua carreira.

Schraiber e Spink, 2011 afirmam que a visibilidade social desse fenômeno, ao longo da história, tem sido muito deficiente, em especial na área da saúde, em virtude da predominância de um modo de pensar e agir dos(as) profissionais que, geralmente, está voltado para a busca e tratamento de doenças como descrito pelo médico Cravo ao afirmar: “nossa função é diagnóstico de doenças!”. A linguagem dos sintomas e diagnósticos não abarca o universo multifatorial da violência de gênero, que não se configura como uma doença, mas é algo que provoca agravos diversificados à saúde física, mental e emocional das mulheres que a sofrem (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 2013). Sabe-se que a violência doméstica contra a mulher é uma das formas mais comuns de manifestação da violência de gênero, no entanto, é uma das mais “invisíveis” na sociedade (SCHRAIBER et al., 2005).

Segundo Manita, Ribeiro e Peixoto (2009) para um bom atendimento qualquer profissional de saúde que entre em contato com uma vítima de Violência Doméstica - VD deve:

- Afastar/combater crenças e mitos que dificultam ou impedem a intervenção nesta área;
- Ter um conhecimento suficiente sobre os factores associados à VD e sobre as dinâmicas e processos abusivos utilizados pelo agressor no contexto da VD;
- Conhecer/saber identificar os tipos mais frequentes de actos envolvidos na VD e suas consequências para a vítima;

- Saber reconhecer sinais indiciadores da ocorrência de violência e incentivar a revelação por parte da vítima;
- Conhecer/reconhecer as consequências da VD;
- Saber que a maioria desses actos constitui um crime consignado no Código Penal e aplicável em situações de VD;
- Adquirir as competências e estratégias básicas de comunicação/atendimento, seja presencial seja telefónico, estar sensibilizados para esta problemática e para lidar com as especificidades emocionais e comportamentais de vítimas de violência continuada;
- Saber quais os tipos de apoio disponíveis e quais os tipos de encaminhamento e de articulação com outros serviços que podem disponibilizar em cada área de intervenção (MANITA; RIBEIRO; PEIXOTO, 2009, p.35-36)

Considera-se importante trazer tais informações a título de sugestão de atitudes e comportamentos a serem adotados e outros a serem evitados, pois em alguns dos(as) profissionais entrevistados percebeu-se tanto atitudes positivas que demonstravam essa preocupação e sensibilidade de tentar compreender os limites e dificuldades vivenciados pela mulher, ao ponto de tentarem estabelecer um vínculo de confiança para que a mesma pudesse falar sobre a violência sofrida, como encontrou-se profissionais com posturas contrárias a estas que foram apontadas, muitas vezes até por não saberem como proceder diante destes casos, nem tão pouco saber para onde encaminhar essa demanda.

Para facilitar a compreensão sobre os encaminhamentos adequados e serviços disponíveis para atendimento dos casos de violência doméstica contra a mulher no município de Teresina-PI, a Coordenadoria Municipal de Políticas para as Mulheres elaborou um fluxograma de atendimento para orientar profissionais da Rede de Atendimento à Mulher em situação de violência, que consta como Anexo A deste trabalho. Todavia, este material ainda não é conhecido pela maioria dos(as) profissionais de saúde, até mesmo por ser um documento elaborado recentemente que ainda está em fase de socialização. Mas, acredita-se que haverá um trabalho de divulgação deste importante instrumento de trabalho que contribuirá para minimizar as dúvidas destes profissionais ao se depararem com esta demanda.

### **5.2.3 Dificuldades no atendimento às mulheres em situação de violência doméstica na visão dos(as) profissionais**

Ao serem indagados sobre as dificuldades no atendimento a uma mulher em situação de violência os(as) profissionais apontaram a não revelação da violência por parte das

mulheres como uma grande dificuldade para o atendimento, a enorme demanda de usuários(as) dos hospitais de urgência e o tempo exíguo para atendimento, a insuficiência de recursos materiais e humanos para dar conta destes atendimentos, mais uma vez foi mencionada a ausência de protocolos e a falta de qualificação específica sobre este tema, além de não se sentirem seguros(as) para estimular a denúncia mesmo sabendo dos riscos que ela corre, e não saber para onde encaminhá-las, estes foram os principais aspectos apontados por eles(as) como se pode observar nos trechos a seguir:

A dificuldade mesmo é só quando ela tem muita resistência em dizer o que foi que aconteceu e enquanto elas não dizem o que foi que aconteceu, você não consegue prestar ali aquela assistência psicológica com ela. (MARGARIDA, TÉCNICA ENFERMAGEM)

A falta de coragem delas de denunciarem, a não verbalização porque fica difícil você ter uma demanda gigantesca como aqui no HUT e você sair, você funcionar como triagem, se uma paciente dessa chega com uma lesão (pausa), lógico que você vai ver a energia do trauma, mas se ela entra e diz que caiu de moto, você não tem porque não acreditar no que ela falou. Lógico que os protocolos, é como eu lhe falei, agressão é difícil você ter esse tipo de (pausa) quando é uma criança você já tem uma síndrome descrita você já sabe quais as lesões oculares que tem, quais as lesões ósseas que tem, é o perfil da criança, ai meu Deus ela vem com Caffey<sup>47</sup> e vem com o pai, a estória da criança não bate com a do pai e etc. Você já tem uma formalidade na sua cabeça, tem descrição em livros, agora isso é pra Caffey. Agora violência doméstica eu não conheço nada descrito na literatura, nada, nada, nada, infelizmente, e eu tô o quê, sei lá, já tenho seis anos só de ortopedia e traumatologia. (CRISÂNTEMO, MÉDICO)

Eu acho que a ausência dessas ações específicas, desses protocolos, essa coisa mesmo protocolada, né, principalmente, porque não é uma coisa que a gente pega toda hora e quando chega, a gente sempre fica meio perdido. (LÍRIO, MÉDICA)

Na verdade todas! [...] Então, acaba assim que é tudo muito corrido, você tem uma fila pra atender lá fora, você tem a paciente pra resolver o problema dela, você tem que dar alta pra paciente, você tem que resolver no máximo de tempo possível porque tem gente esperando pra entrar pra pegar o lugar dela. E você quer resolver aquela parte física que teoricamente foi posta. É! Sendo que a sua obrigação é tratar a pessoa como um todo né! a gente sabe o que é o certo, a gente só não faz, risos[...] (JASMIN, MÉDICA)

Eu acho que elas [as ações] são insuficientes, não são trabalhadas nessa perspectiva de que a gente precisa investir e qualificar a atenção pra esse

---

<sup>47</sup> **Síndrome da Criança Maltratada** ou **Síndrome de Caffey** engloba a violência física e mental, e a caracteriza como fenômeno de responsabilidade social, jurídica e em especial, da saúde. Assim, esta síndrome engloba outras como a Síndrome do Bebê Sacudido, a Síndrome da Criança Espancada, a Síndrome de Silverman, a Síndrome da Criança Negligenciada. Matéria postada por Glaise Franco em 09/05/2017. Disponível em: <http://dicionariodesindromes.blogspot.com.br/2010/05/sindrome-da-crianca-maltratada.html> acesso em 21/09/2017

grupo de atendimento pra o público que a gente tem. (LÓTUS, ENFERMEIRA)

As dificuldades é tipo assim, em relação à área da saúde elas são, que o caso delas são tratadas como um caso qualquer que nem um acidente de moto, tipo assim é o mesmo atendimento. (GIRASSOL, TÉCNICA ENFERMAGEM)

A maior dificuldade é ganhar a confiança delas pra elas poderem relatar o problema porque é difícil pra elas contar, às vezes a gente pergunta, faz a abordagem, mas elas não relatam, não tem (pausa) tem medo, com o tempo é que elas vão contar o que realmente aconteceu. (ROSA, TÉCNICA ENFERMAGEM)

Acho que não ter pessoas pra atendê-las, num ter protocolo, num ter pra onde voltar, se ela denunciar e ela tiver que voltar pra mesma casa como é que vai ser, não tem a garantia da segurança. Nada, de jeito nenhum, num tem nada, nem recursos físicos, nem material e nem humano, nada, nada, nada (pausa) [...] (AÇUCENA, ENFERMEIRA)

As dificuldades apontadas pelos(as) profissionais envolvem barreiras pessoais destes(as) e barreiras institucionais que culminam num tratamento reducionista e fragmentado, sem integralidade, embora note-se que uma das entrevistadas reconheça que este tipo de atendimento não é apropriado, mas não age de forma diferente.

Velázquez (2006) apresenta as principais dificuldades enfrentadas pelos(as) profissionais de saúde para identificação de atos violentos durante uma consulta, entre estes aponta o forte peso dos estereótipos sociais de gênero que naturaliza certos comportamentos de homens e mulheres para o qual é preciso um trabalho de desconstrução destes estereótipos que podem se manifestar nas práticas dos(as) profissionais o que implica entender a violência como um problema das relações e condutas normatizadas socialmente.

Uma das dificuldades citada por Velázquez (2006) refere-se aos impactos emocionais e subjetivos gerados nos(as) profissionais ao ouvir um relato de violência doméstica contra a mulher que podem gerar sentimentos contraditórios nestes(as) que vão desde a empatia, solidariedade, raiva, revolta e medo de não saber como lidar com a situação, e isto foi relatado pelos(as) profissionais entrevistados, quando foram questionados sobre como se sentiam ao atender uma mulher em situação de violência:

Eu me sinto muito sensibilizada, eu não sei se tenho preparo suficiente para lidar com essa questão por que depende muitas vezes de psicologia, levando em consideração que a maioria dos casos é um a violência praticada por um pessoa do convívio familiar da pessoa. Ela não é uma violência que vem externa né. Então, eu me sinto muito comovida com a situação, e meio cheia de dedos, como falar, o que falar, com medo de não piorar a situação de

sofrimento psíquico que ela tá vivenciando (LÓTUS, ENFERMEIRA)

Acho que revolta né, a principal coisa. A primeira coisa que você pensa logo é porque essa mulher não foi denunciar, porque essa mulher não saiu de casa, é a primeira coisa que você pensa é isso daí. Mas, aí depois você vai investigar, mas como foi, como teve uma menina que era evangélica aqui né, ela tava mentindo, dizendo que quem tinha feito foi uma pessoa desconhecida que é ela foi violentada né, mas ai depois que a gente foi entender que tinha sido uma pessoa da igreja e que o pai dela era de dentro da igreja e ela ficou com medo que o pai dela quisesse que ela se casasse com ele. E isso tudo só depois com muita luta que ela, que a gente ficou sabendo por uma tia dela, porque ela mesma e a mãe dela não falavam (AÇUCENA, ENFERMEIRA)

Eu sempre na hora que eu sei que é uma violência eu já fico assim um pouco revoltada (risos) Eu fico, poxa, porque que ele fez isso, o que foi que aconteceu, ai já me ponho no lugar delas (risos) (ROSA, TÉCNICA ENFERMAGEM)

Afeta brutalmente, por que eu acho que (pausa) Eu acho não, eu tenho certeza que não é a forma de se resolver nada e eu acho que ninguém deve agredir ninguém né, eu acho que a violência não é caminho pra nada, não existe caminho junto com a violência né. Eu acho que quando a pessoa comete uma violência desse tipo, a pessoa que comete a violência ela não é uma pessoa que deva viver em sociedade, por que ela vai mostrar, ela mostra facetas por uma pessoa que ela gosta e imagine para pessoas que ela não gosta? (CRAVO, MÉDICO)

Eu penso no meu pai, eu tenho uma irmã e meu pai dizia que em mulher não se bate nem com uma flor, eu lembro que a vida inteira eu falou assim. (CRISÂNTEMO, MÉDICO)

Gera assim aquele sentimento de revolta, porque a gente assim, a mulher é muito mais frágil que o homem. Qualquer coisa que você fizer numa mulher ela já tá ali machucada é mais sensível assim o psicológico dela, o emocional dela é muito sensível, você tem que ver. A gente não tenta se colocar 100% no lugar dela, mas você vendo um pouco quando algumas abrem alguma coisinha pra você, algum a brechinha que você possa conversar, você vê como aquela vida daquela pessoa, que não é a primeira vez que aquilo vem acontecendo, e porque que ela ainda convive com aquele marido daquele jeito, com aquele homem que faz aquilo com ela. É porque elas dizem que pensam muito nos filhos, ai por isso que fica, ai a gente fica assim abalada, dá para abalar bastante, mais é complicado (MARGARIDA, TÉCNICA ENFERMAGEM)

Olha, eu procuro agir o mais natural possível, tipo assim eu não deixo aquilo, a questão do profissional, pra gente passar pra elas né. A questão profissional, a gente também não pode se abalar por que a gente vai até orientá-las também, ai se a mulher tá em pânico e a gente ficar também é complicado sabe (risos) Mas, eu procuro conversar normalmente profissionalmente, agir natural, não passar de emoção e também não absorver aquela emoção, eu procuro não absorver aquilo pra mim. Mas, tem certas coisas que a gente ainda se surpreende em relação a isso e fica pensativa, nossa, foi o cônjuge que fez isso! Num relacionamento, a gente procura ficar neutra na situação (GIRASSOL, TÉCNICA ENFERMAGEM)

Me dá raiva sabia? Da mulher, me dá raiva do marido também, mas me dá mais raiva da mulher por que tipo assim é difícil julgar de fora, minha vida é totalmente diferente. Então, é muito fácil eu julgar, eu estando na minha casa muito bem obrigada, mas me dá raiva de uma pessoa jovem, com saúde, tendo como trabalhar, sei que emprego tá difícil, mas enfim, tendo como trabalhar, como se sustentar, tendo como dar a volta por cima, se submeter a uma situação dessa! Porque para o marido dá um tiro em você, dá uma facada em você, eu acho que ele não chega de cara e lhe dá isso, ele já lhe mostra indícios de agressividade desde o começo, então você aceitou aquilo dali, você aceitou quando ele lhe tratou mal, então pra chegar a esse ponto, já teve muita coisa antes. É o ciclo, então só vai piorando, ele deu uma facada, ele viu que não aconteceu nada. Na próxima ele vai lhe fazer uma coisa bem pior. Então, você aceita aquilo dali, então você aceita porque ah não tem orientação (pausa) mas, apanhar dói, não precisa de orientação para fugir da dor entendeu, então se a pessoa aceita aquilo dali, acaba que me dá muita raiva disso, raiva mesmo, risos...(JASMIN, MÉDICA)

Apreende-se destas falas que as visões e posturas dos(as) profissionais são contraditórias, há profissionais que tentam agir naturalmente com empatia e profissionalismo, realizando uma escuta sensível, fornecendo orientações necessárias. Como há também alguns profissionais que apesar de conseguirem fazer uma análise do contexto de vida da mulher que sofre violência, de conhecer a natureza cíclica da violência, de se revoltar contra a violência praticada, ainda assim tecem julgamentos sobre os silêncios e comportamentos das mulheres como se estas não revelassem a violência sofrida, simplesmente, porque não querem e aceitassem passivamente a violência, compreensão esta que contraria o que diz a literatura sobre o tema (STREY; WERBA; NORA, 2004; DINIZ; PONDAAG, 2006; SILVA, 2016).

Os profissionais de saúde utilizam muitos sistemas de defesa para darem conta do dia a dia de trabalho em um serviço de urgência/emergência, e estas estratégias podem se manifestar de várias formas, como através da naturalização e invisibilização das usuárias em situação de violência, assim como pela “rotulação” de algumas mulheres de poliqueixosas, entre outras coisas (LEAL; LOPES; GASPAR, 2011).

Pedrosa e Spink (2011) defendem que as ações em saúde devem ser pensadas a partir da dialogia profissional-usuário, visto que além das mulheres em situação de violência os(as) profissionais também precisam ser cuidados, devido a tensão e estresse de trabalhar com situações de violência, através de supervisões e grupos de reflexão para que tenham uma válvula de escape e de troca de experiências que possam contribuir para a melhoria da assistência e da saúde dos(as) profissionais.

Ferreira (2016) afirma que muitas vezes o despreparo do profissional para cuidar destas mulheres se reflete em julgamentos e preconceitos, como o de culpá-las pelos atos de violência sofrida, limitando sua ação apenas ao tratamento de eventuais traumas e sequelas físicas decorrentes da violência. Silva (2013, p.79) explicita que as “mulheres que vivem em situação de violência têm seus direitos violados, sua saúde e qualidade de vida comprometidas. São tolhidas em suas liberdades, escolhas e vontades”, os(as) profissionais de saúde se capacitados sobre o tema compreenderiam que romper com a violência doméstica não é um processo simples, geralmente, as mulheres passam anos sofrendo agressões e maus tratos até conseguirem expor a violência e iniciar sua rota crítica em busca de ajuda para sair desta situação, sendo que os serviços de saúde fazem parte desta rota (SAGOT, 2000; LIRA, 2015).

A literatura especializada sobre este assunto mostra que outra dificuldade encontrada pelos(as) profissionais de saúde que trabalham com situações de violência é o desconhecimento de uma linguagem e de conceitos que reúnam o conhecimento médico ao de outras áreas, como a social e jurídica, procurando estabelecer esta relação, tanto através da linguagem como de conceitos importantes para a compreensão do problema da violência (BRASIL, 2001). Um dos problemas acerca do atendimento a mulher em situação de violência no HUT refere-se ao não reconhecimento por parte da instituição desta demanda como um problema de saúde ao não implementar ações específicas, protocolos de atendimento e não ofertar capacitações sobre o tema ao seus profissionais.

Agora quando perguntado aos profissionais se consideravam a violência doméstica contra a mulher como um problema de saúde pública e se, se sentiam responsáveis por seu enfrentamento, todos(as) afirmaram que sim, que a concebem como um problema de saúde pública e que se sentem corresponsáveis pelo enfrentamento, porém isto não se manifesta nas ações realizadas pela maioria dos(as) profissionais. Observe trechos de falas sobre esta questão:

Com certeza! Primeiro, por causa da frequência, segundo por causa da resolutividade que não resolvem né! é serio, deixa muitas sequelas, inclusive onera o sistema né, tanto pro que precisa prender quanto pro serviço de saúde que precisa resolver. Na verdade a gente tem uma responsabilidade a partir do momento que elas chegam aqui, a gente já é responsável enquanto profissional de saúde a gente tem, só que a gente não faz! Acaba que a paciente não dá nenhuma brecha pra gente entrar, a gente também não quer entrar (JASMIN, MÉDICA)

Eu considero, porque aqui no hospital né, porque são vários hospitais, mais

aqui tem varias entradas né frequente esse tipo de agressão. A gente como profissional de saúde é sim responsável, no caso quando a gente que vai fazer a notificação, a gente tipo assim, deveria ter uma orientação maior pra essas mulheres, já que a gente já vai direto nelas, a gente é que aborda elas, conversa com elas (GIRASSOL, TÉCNICA ENFERMAGEM).

Sim, mas impotente! Impotente pelo fato de que eu acho que faltam dispositivos de lei que resguardem o médico nessa atuação, é muito fácil dizer assim você tem que denunciar, você é profissional de saúde e você tem que denunciar. Sim e qual é o resguardo que eu tenho com relação eu denunciar aquela situação. Sei lá o juiz quando ele (pausa) o promotor quando ele denuncia ele tem toda uma carta de reservas pra ele né, ele tem toda uma salvaguarda, o delegado da mesma forma, o médico não tem essa salvaguarda. Então, ele é vulnerável no meio desse problema, ele é vulnerável tanto fisicamente como é vulnerável intelectualmente entendeu, porque ele pode ser exposto perante a sociedade e ele é vulnerável na própria atuação dele porque se ocorrer qualquer fato que ele não consiga provar, ele pode ser imputado lá no CRM pelo código de ética médica entendeu? Então, ele pode até perder a profissão por causa disso, então quem é que vai se dispor a ter um monte de ônus por isso, entendeu? É impossível se dar só responsabilidades e não se dar pelo menos uma garantia né, sem garantia, é simplesmente impossível (CRAVO, MÉDICO)

Sim, por que enquanto profissional de saúde, embora não seja uma convivência rotineira aqui nesse serviço, mas a gente sabe por que também já trabalhei em outros locais em que a gente se deparava com uma certa constância. E como aqui a gente trabalha com sistema único de saúde, é um serviço voltado pra toda população, mas é uma população que tem maiores dificuldades de acesso do que o paciente da rede particular, essas mulheres se encontram, geralmente, numa situação de exclusão social e por trabalhar no sistema único de saúde que atende a maioria dessa população a gente se sente corresponsável pelo enfrentamento (LÓTUS, ENFERMEIRA).

Sim, com certeza, porque eu acho que eu acho que a violência contra a mulher reflete muito na sociedade porque nós somos as mães, somos as genitoras, porque o que eu falei, o que a gente observa essas mulheres que são violentadas elas repassam muito isso, principalmente, pros seus filhos que ou ficam crianças muito medrosas, ou ficam crianças muito agressivas que querem descontar tudo que viram a mãe sofrer ou que a mãe descontou nelas, contra a sociedade. Então, você acaba vendo que faz aumentar o numero de pessoas que vivem a margem da sociedade porque se você danifica uma criança a estrutura dela de pequenininha como vai ser esse adulto né. Então, isso daí é muito importante. Então, a gente tem que trabalhar isso daí pra ela se ver, pra ela começar a trabalhar, vê que aquilo que ela vive não é vida e que ela é capaz de se sustentar, que ela capaz de mudar a vida dela, que ela não precisa ficar sofrendo aquilo por conta de filho ou porque se acha incapaz de conseguir se manter né, se sustentar. Eu sempre tento assim, eu sempre chamo a assistente social, as psicólogas, converso também com os médicos, eu procuro às vezes conversar com elas, mas elas são tão fechadas e o tempo que elas permanecem no hospital é tão pouco, eu acho que esse trabalho fica mais fácil fazer no PSF na equipe de saúde da família (AÇUCENA, ENFERMEIRA)

Pôde se observar que há profissionais que apesar de reconhecerem que a partir do momento que a mulher entra no hospital há uma corresponsabilidade implicada, em razão dos

impactos e sequelas na saúde da mulher decorrentes da violência, pelos ônus ao sistema de saúde dado a magnitude e prevalência destes casos, contudo afirmaram não tomarem nenhuma providência ou ação que vise o enfrentamento do problema, permanecendo um acordo velado em que a mulher não fala e o profissional não pergunta e/ou faz de conta que está vendo o problema, muitas vezes isso acontece devido o(a) profissional não querer se envolver com este problema. Um dos entrevistados revelou se sentir impotente, inseguro quanto a denuncia por se sentir vulnerável física e intelectualmente acerca dos possíveis desdobramentos desta, que podem lhe acarretar prejuízos dado a exposição da sua imagem e atuação, tais atitudes ajudam que o problema mantenha-se invisível e sem resolutividade.

Não obstante, observou-se também que alguns profissionais, mesmo não se sentindo preparados, tentaram pedir apoio de outros profissionais das áreas de psicologia e serviço social que pudessem prestar acolhida, apoio e orientações adequadas a estas mulheres, considerando se tratar de mulheres usuárias do SUS, que enfrentam maiores dificuldades de acesso, devido a situação de exclusão social a que muitas são expostas, embora se saiba que o SUS é acessado não apenas por pessoas das classes sociais mais populares e menos favorecidas, lembrando que a violência doméstica ocorre em todas as classes sociais.

Uma das profissionais demonstrou preocupação com os impactos da violência para os filhos(as) que estão expostos a contextos de violência que podem gerar sentimento de medo e agressividade nestes, além da possibilidade de reproduzirem isso quando adultos marcando o aspecto da transgeracionalidade da violência, reconheceu ser necessário estimular e oferecer alternativas de ajuda e empoderamento destas mulheres para que consigam sair desta situação e viver com dignidade, é este tipo de atitude que se espera dos(as) profissionais de saúde, que de fato sejam corresponsáveis por implementar ações de enfrentamento deste problema que transcendam o mero tratamento emergencial das sequelas orgânicas e físicas da violência (DINIZ; PONDAAG, 2006)

#### **5.2.4 A Rede de atendimento à mulher em situação de violência e o (des)conhecimento dos(as) profissionais**

Os(as) profissionais ao serem interrogados se conheciam a rede de atendimento a mulher em situação de violência, revelaram um desconhecimento da existência de outros órgãos institucionais desta rede, a maioria lembrou apenas das delegacias especializadas, uma

entrevistada lembrou do CRAS (CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL) que é um equipamento da rede socioassistencial que também faz parte da rede de atendimento a mulher, outra profissional recordou-se da Lei Maria da Penha que é um dispositivo legal de extrema importância para o combate a violência doméstica contra a mulher.

Percebeu-se que na maioria das vezes não há articulação e diálogo interno (entre os setores de uma instituição) e externo (entre as instituições e entidades participantes) das instituições públicas e privadas para encaminhamento destes casos visando uma assistência integral. E apesar do HUT ser uma das instituições que fazem parte da rede, os(as) profissionais da instituição, a maioria dos(as) profissionais não se reconheceu como membro desta. Observe algumas falas que ilustram essa realidade:

Já ouvi falar, mas até onde eu ouvi falar foi em jornal, mas assim, de conhecer não. Já ouvi falar de jornal, mas conhecer assim de ter experiência nenhum. (JASMIN, MÉDICA)

Não! Só mesmo as delegacias da mulher. (LÍRIO, MÉDICA)

Nunca, nem sabia que tinha, só sabia da delegacia da mulher. (CRISÂNTEMO, MÉDICO)

Não conheço nenhum, nunca recebi informação sobre e nunca veio a mim, não porque nunca ninguém veio dizer. (CRAVO, MÉDICO)

Conhecer a nível de já ter participado ou me direcionado a esses serviços não. Mas, de ouvir falar, de saber que existem sim. Eu já lia alguma coisa. Sobre a lei Maria da Penha. (LÓTUS, ENFERMEIRA)

Não, não conheço, a única coisa que eu conheço é a delegacia da mulher. (AÇUCENA, ENFERMEIRA)

Já ouvi falar. A delegacia né não! (VIOLETA, ENFERMEIRA)

Já eu já ouvi falar sobre essa rede. (MARGARIDA, TÉCNICA ENFERMAGEM)

Não! Só a parte da lei da Maria da Penha, da delegacia além dessa eu não conheço. (GARDENIA, TÉCNICA ENFERMAGEM)

Eu já ouvi falar, mas no momento eu não me lembro. No momento, só lembro dos CRAS. (GIRASSOL, TÉCNICA ENFERMAGEM)

O combate à violência contra a mulher é uma tarefa de todos e da sociedade em geral, e isto requer uma sensibilização e maior visibilidade social deste problema, assim como uma atuação e articulação que envolve atores da sociedade civil organizada, movimentos sociais, entidades não governamentais e o Estado por meio do desenvolvimento de políticas públicas

como já vem ocorrendo nas últimas décadas. Destaca-se aqui a constituição de duas redes que se articulam para combater a violência, a saber: a Rede de Enfrentamento à Violência e a Rede de Atendimento à Mulher, sendo que esta última se refere ao conjunto das ações e serviços dos diversos setores (saúde, assistência social, segurança pública, justiça, entre outros) que atendem a mulher em situação de violência objetivando a identificação, a realização dos encaminhamentos necessários, na perspectiva de um atendimento integral, humanizado e de melhor qualidade (OLIVEIRA, 2015), porém como se pôde observar os(as) profissionais desconhecem estas informações.

A Rede de Enfrentamento à violência é composta por serviços especializados e não especializados, com agentes governamentais e não governamentais formuladores, fiscalizadores e executores de políticas voltadas para as mulheres, inclui ONGs feministas, conselhos de direitos, movimentos de mulheres, serviços e programas de responsabilização e tratamento de agressores, núcleos de pesquisa e universidades, órgãos federais, estaduais e municipais responsáveis pela garantia de direitos sociais como educação, habitação, trabalho, seguridade social e cultura, etc. (BRASIL, 2011)

Os serviços que formam a rede de atendimento a mulher vítima de violência doméstica devem ser constituídos por equipes multidisciplinares, que devem trabalhar de forma articulada entre os diversos entes da rede, numa perspectiva interdisciplinar e intersetorial em que se preconiza a capacitação permanente dessas equipes com intuito de garantir a qualidade do atendimento prestado, com atualização constante das informações sobre os direitos das mulheres e discussões sobre relações de gênero e violência. Tais medidas são parte do desenvolvimento de estratégias de ação que viabilizam a qualificação dos(as) profissionais, para lhes preparar para prestar um acolhimento e abordagem humanizada, com base em condutas adequadas que considerem os aspectos éticos e políticos necessários para assunção do compromisso com o resgate da autoestima e cidadania das mulheres atendidas (BRASIL, 2011).

A Rede de Enfrentamento à violência contra as mulheres objetiva o desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção e de políticas que garantam o empoderamento das mulheres e seus direitos humanos, assim como a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência. Portanto, a Rede de Enfrentamento tem como intuito estimular o desenvolvimento de ações que contemplem os quatro eixos previstos na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (combate, prevenção, assistência e garantia de direitos) para dar conta da complexidade do

fenômeno da violência contra as mulheres (BRASIL, 2011). Nesse sentido, dados do Atlas da Violência 2017 alertam para a necessidade de:

Ampliação e o aprimoramento da rede de atendimento à mulher são fundamentais não apenas para o melhor acompanhamento das vítimas, mas também pelo seu papel na prevenção da violência contra a mulher. Um ponto importante a ser enfatizado é a necessidade de que essa rede possa ser acessada pelo sistema de saúde e não apenas pelo sistema de justiça criminal. Muitas mulheres passam várias vezes pelo sistema de saúde antes de chegarem a uma delegacia ou a um juizado, e muitas nunca nem chegam (IPEA; FBSP, 2017, p.38).

Dentro dessa rede de atendimento à mulher, o setor saúde constitui um ponto de convergência dos casos resultantes dos atos violentos devido às consequências físicas, psicológicas e reprodutivas na saúde das mulheres vítimas de violência de gênero. Isso representa demanda para os serviços de urgência, reabilitação física, psicologia e assistência social, sendo necessária a atuação de uma equipe multidisciplinar capacitada para prestar assistência de qualidade (FERREIRA, 2016).

Entende-se que o fato de o HUT ser um hospital de urgência com uma enorme demanda de atendimentos diversificados, sobretudo, de agravos decorrentes de acidentes de trânsito e as violências de modo geral, tanto urbana como doméstica, faz com que isto seja mais um dos fatores dificultadores de um atendimento adequado, distanciando-se do modelo de atendimento preconizado nas normas e manuais de atendimento<sup>48</sup> às situações de violência doméstica.

Entende-se que para um bom atendimento requer-se a disponibilidade de um tempo mais longo para realização de uma escuta qualificada, profissionais treinados sobre o tema e sobre a rede de atendimento, uma infraestrutura apropriada. Todos estes aspectos estão na contramão da realidade de muitos serviços de urgência como o HUT. Sedimentando esse quadro de dificuldades relacionadas até aqui, observou-se que os(as) profissionais atém-se mais à dimensão puramente física das lesões decorrentes da violência, não buscando nem tão pouco compreendendo muitas vezes a dimensão social e gênero do problema apresentado. Há ainda as lacunas referentes ao desconhecimento desses(as) profissionais pela ausência do conhecimento sobre gênero e violência contra mulheres na formação escolar técnica e acadêmica.

---

<sup>48</sup> Ver BRASIL, 2001; SCHRAIBER E D'OLIVEIRA, 2002; BRASIL, 2005b; MANITA; RIBEIRO; PEIXOTO, 2009.

No Piauí, mais especificamente, no município de Teresina-PI cidade onde se deu esta pesquisa, a Rede de Atendimento a mulher em situação de violência conta com serviços especializados e não especializados de atendimento à mulher que são aqueles que atendem as mulheres que sofreram violência. Esta Rede conta com: uma Coordenadoria Estadual de Políticas Públicas para as Mulheres-CEPM-PI; uma Coordenadoria Municipal de Políticas Públicas para as Mulheres-CMPM; conta com dois Conselhos de direitos da mulher, um estadual e outro municipal; conta com dois centros de referência especializados de atendimento a mulher em situação de violência, sendo um estadual que é o Centro de referência Francisca Trindade e o Centro de referência Esperança Garcia que é municipal; conta com oito Serviços de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual- SAMVVIS nas cidades de Teresina, Parnaíba, Picos, Floriano, Bom Jesus, Campo Maior, São Raimundo Nonato e Corrente; existe apenas uma Casa Abrigo para atender mulheres de todo o estado do Piauí que podem ser encaminhadas quando estão sendo ameaçadas e há risco iminente de morte; existe ainda um Núcleo da Mulher Vítima de Violência Doméstica da Defensoria Pública do Piauí e um Núcleo de Promotoria de Justiça de Defesa da Mulher Vítima de Violência Doméstica e Familiar-NUPEVID do Ministério Público do Piauí; conta também com Promotorias Especializadas e Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher- que a 5ª Vara de justiça desta capital; existem também os Centros de Referência da Assistência Social-CRAS e os Centros de Referência Especializado da Assistência Social-CREAS que atendem esta demanda; e os serviços de saúde de todos os níveis de atenção, principalmente, as urgências e emergências que são porta de entrada destes casos nesta Rede; existem 04 Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher Vítima de Violência -DEAM's, situadas nas zonas norte, centro, sudeste e sul, sendo que esta da zona sul, é a primeira delegacia especializada em feminicídio do Piauí, consta como Anexo A deste trabalho um mapa das áreas circunscricionais de cada delegacia especializada.

### **5.2.5 Avaliação dos(as) profissionais acerca das ações realizadas às mulheres em situação de violência doméstica no HUT**

Quando perguntado ao(as) profissionais sobre a avaliação que faziam do atendimento prestado às mulheres em situação de violência no HUT e sobre o que consideravam que necessitaria ser melhorado, deixaram claro que o atendimento especializado precisa ser implantado, pois como afirmou uma entrevistada “ele não existe”, afirmando que estas

mulheres são tratadas do mesmo modo que qualquer outro usuário(a) que busque o hospital, as ações realizadas são voltadas para o diagnóstico e tratamento de doenças, lesões e sequelas físicas da violência, não existe acolhimento, nem protocolos específico para estes casos.

Reafirmaram que a infraestrutura material e de recursos humanos é insuficiente, não há articulação entre os setores dentro da própria instituição e nem com outros órgãos da rede de atendimento e combate a violência, seja em nível municipal, estadual e federal, como se pode observar nos relatos que se seguem:

Eu acho que ele poderia existir (risos) porque ele não existe, assim é a minha vivência, eu não sei lá fora como é. A minha vivência aqui é que não tem, não tem! E, também, por que assim, como é que você vai saber que tem uma pessoa com uma violência doméstica, se a pessoa que fez o primeiro atendimento não chegou pra você pra falar entendeu? Como é que você vai saber, como que o psicólogo vai saber que aquela pessoa sofreu violência doméstica, se são poucos pra atender todo mundo do HUT, se não tem como eles atender todo mundo, se eu não cheguei pra ele e falei: oh tem uma pessoa que foi violência doméstica. (JASMIN, MÉDICA)

Eu acho que é totalmente inapropriado e inadequado porque a gente não vê a mulher, a gente vê a doença né, a gente vê o problema que ela tem decorrente da violência, mas outra coisa não tem não. (AÇUCENA, ENFERMEIRA)

Eu acredito que necessite de adaptação, eu não vejo dentro da instituição nada voltado, especificamente, na questão dos profissionais em relação a essa demanda. (LÓTUS, ENFERMEIRA)

A avaliação, assim, só o fato de todos os profissionais não serem capacitados pra aquilo já cai um pouquinho no conceito né. Apesar de ter os outros profissionais que saibam prestar a assistência adequada a ela. (MARGARIDA, TÉCNICA ENFERMAGEM)

Eu acredito que o atendimento precisa melhorar muito, por que a questão de recursos materiais aqui no HUT voltada pra essa mulher, eu acredito que deveria ter mais subsídio, mais voltado pra situação dela, mais acolhimento, eu acredito que no hospital é visto como um caso qualquer, não tem diferenças dos demais. (GIRASSOL, TÉCNICA ENFERMAGEM).

Eu acho que a gente faz o que pode né, poderia ser muito melhor, só que aqui não é um centro de referência específica, mas a gente faz o que pode. [...] Eu não sou especialista, mas eu acho que se aqui tivesse um posto da policia sei lá alguma coisa assim que a gente pudesse averiguar a parte jurídica, a parte social o mais rápido possível, porque infelizmente eu só entendo a parte biológica, e você tem que ver biológica, a parte mental, a parte social ai depois. (CRISÂNTEMO, MÉDICO)

Nós fazemos toda a parte médica dentro do que é possível fazer pela parte médica né, as prescrições adequadas, as medicações adequadas, infelizmente nós não temos toda a estrutura que deveria ter, falta muito ainda, precisa melhorar total! (CRAVO, MÉDICO)

Eu acho que eu vou dar uma pontuação de 0 a 10, eu acho que chega a 5, porque nem todas as vezes como eu já falei, ela se sente acolhida a ponto de falar o que aconteceu, as vezes a gente fica ali, faz a abordagem e elas não relatam, as vezes um familiar que chega aí confessa o que realmente aconteceu. Eu acho, assim, no meu ponto de vista, agora, eu acho que aqui no HUT devia ter (pausa) a gente (profissional) deveria ser orientado melhor a respeito disso da rede de serviços, ter capacitação, por que aí a gente já fazia uma abordagem melhor. (ROSA, TÉCNICA ENFERMAGEM)

Eu acho que um passo importante seria dar incentivo ao enfrentamento dessa violência, no sentido de dar maior segurança a essas mulheres quanto ao ato de revelar que essa violência existe. O maior problema que eu vejo é o fato dela existir, mas não ser revelada. Aí só vai ser evidenciado quando já existir um agravante a saúde da mulher. Quando é essa violência, inicial, que começa com a violência psicológica, quando é violência verbal, na maioria das vezes, ela não é revelada. Ela fica restrita ao ambiente doméstico, a uma questão pessoal. Quando ela tende a ser informada já é quando se apresenta um sofrimento maior. Então, como poderá prover a sociedade condições que deixe essa mulher mais segura quanto ao enfrentamento desta questão? Eu vejo mais como uma questão social que toca na saúde, mas o primeiro enfrentamento tem que ser como questão social, porque não é comigo que consegue deixar essa mulher mais segura e empoderada em relação a enfrentar essa situação. (LÓTUS, ENFERMEIRA)

Além do atendimento inadequado, chama-se a atenção, também, para a violência resultante da falta de acesso aos serviços básicos necessários a essas mulheres, teve profissionais que relataram faltar insumos básicos para o atendimento na instituição, o que representa mais uma agressão às pessoas que buscam assistência, podendo-se configurar numa violência institucional que pode ser identificada na precariedade das instituições públicas que fazem parte da rede de atendimento a violência doméstica, seja na sua dimensão material e humana.

Esta forma de violência institucional trata-se daquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional (BRASIL, 2001). E ela pode se manifestar da seguinte forma:

Pela falta de escuta e tempo para a clientela, frieza, rispidez, falta de atenção, negligência, maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo questões de raça, idade, opção sexual, gênero, deficiência física, doença mental; violação dos direitos reprodutivos [...] a violência física (por exemplo, negar acesso à anestesia como forma de punição, entre outros); [...] diagnósticos imprecisos,

acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência. Por exemplo, quando uma mulher chega à emergência de um hospital com "crise histérica" e é imediatamente medicada com ansiolíticos ou encaminhada para os setores de psicologia e psiquiatria, sem sequer ter sua história e queixas registradas adequadamente. A causa de seus problemas não é investigada e ela perde mais uma chance de falar sobre o que está acontecendo consigo (BRASIL, 2001, p.21-22).

Schraiber e Kiss (2011) explicam que muitas vezes, mesmo nos casos em que o(a) profissional decidiu intervir ao identificar uma mulher em situação de violência, este(a) acaba considerando sua ação ineficaz e deslocada, identificando-a mais como uma ação pessoal e não profissional e técnica, ou até mesmo como uma demonstração afetiva de solidariedade. Muitos(as) profissionais de saúde não reconhecem na sua ação qualidades técnico-científicas no agir sobre a violência, tal como poderia ser se fossem capacitados(as) em tecnologias apropriadas para lidar com esse tipo de demanda. Muitos destes aspectos foram observados no atendimento no HUT, de modo que a intenção deste trabalho não era avaliativa, mas compreensiva acerca de como este atendimento se processava para ao identificar suas fragilidades, incitar o repensar dos(as) gestores e profissionais da instituição sobre esta realidade, além de contribuir na discussão para que se pense em melhorias neste atendimento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência de gênero, principalmente, a violência doméstica contra a mulher fazem interface com o campo da saúde pelos múltiplos impactos físicos, emocionais, sociais e econômicos que geram na vida de mulheres que vivem em contextos de relações violentas, cuja desigualdade de poder e opressão se manifesta através da violência física, psicológica, sexual, moral, patrimonial, sobretudo, de forma simbólica, fazendo com que muitas das suas expressões não sejam percebidas pelas mulheres que a sofrem, nem tão pouco pelos(as) profissionais a quem buscam ajuda.

Este fenômeno constitui-se como um problema invisibilizado socialmente, não só na área da saúde, por ser encarado muitas vezes como um problema privado, no qual não se deve meter a colher, e por envolver relações de convivência e afeto. Há várias décadas vários esforços têm sido empreendidos pelos movimentos feministas e de mulheres para desconstruir essa visão. Contudo, mesmo que já exista o reconhecimento formal da violência de gênero, em especial a praticada contra a mulher, como um problema de saúde pública que requer intervenção do Estado e da sociedade para enfrenta-lo, isto ainda não é percebido nos discursos e ações de muitos profissionais dos diversos serviços que atendem essas mulheres. Há vasta literatura reafirmando esta realidade de precariedade e inadequação do atendimento nos serviços de saúde, nas DEAM's, nos juizados especiais, nos serviços da área da assistência social, envolvendo profissionais de várias áreas de formação, tanto de saúde como de humanas, como afirma Saffioti (2004) nenhuma área profissional parece estar preparada para lidar com o problema da violência de gênero.

Retomando o objetivo deste trabalho que pretendeu apresentar uma interpretação da realidade, numa perspectiva compreensiva acerca de como se processa o atendimento dos(as) profissionais de saúde do HUT às mulheres que sofrem violência doméstica que buscam atendimento neste serviço, os resultados demonstraram que os(as) profissionais entrevistados(as) possuem um conhecimento superficial acerca de gênero e de sua relação com a violência.

Quanto ao atendimento, identificou-se que as ações realizadas são fragmentadas e focadas substancialmente no tratamento das lesões físicas, ou seja, não há um atendimento adequado e nem escuta qualificada, na maioria das vezes; não há um protocolo de atendimento específico para esses casos; ausência de capacitações em gênero para

qualificação do trabalho e atendimento adequado a esses casos; infraestrutura precária para um atendimento especializado.

Percebeu-se, também, por parte dos(as) profissionais um desconhecimento da Rede de Atendimento e Enfrentamento a Violência contra a Mulher, além de não reconhecerem o hospital como sendo um dos órgãos participante desta Rede que deveria oferecer um atendimento qualificado e de forma articulada com os demais serviços especializados; os casos de violência doméstica contra a mulher não são registrados de forma clara e direta no prontuário, os registros em geral descrevem as lesões sem mencionar sua causa, ensejando a subnotificação desses casos, contribuindo para a invisibilidade dessa problemática no serviço. Embora, saiba-se que os serviços de saúde, especificamente, os hospitais de urgência sejam pontos estratégicos e fundamentais para identificar e atuar sobre esse problema, visto que são as principais portas de entrada dessas mulheres nesta rede.

O tempo exíguo disponível para os atendimentos aos(as) usuários(as) aliado à enorme demanda do serviço, acabam sendo obstáculos para a efetivação de uma acolhida e escuta qualificada, visto que o tempo é também um fator importante para realização ou não de um atendimento satisfatório. Conclui-se ser necessário repensar o modelo atual de atendimento institucional a mulheres que vivem em situações de violência, assim como melhorar a qualidade da sua infraestrutura material e de pessoal, melhorando a ambiência hospitalar reservando espaços discretos e calmos para essas mulheres a fim de que se sintam acolhidas e seguras para romperem com o silêncio e também denunciarem seus agressores caminhando na direção de uma vida livre de violência e com mais dignidade.

Sabe-se que o setor da saúde deve desempenhar ações de combate à violência que não se restrinjam a apenas a cumprir com obrigações assistenciais imediatas reduzindo as ações ao tratamento das sequelas físicas da violência. É necessário criar estratégias de sinalização para as mulheres em situação de violência identificarem que a instituição é um ponto de apoio para o enfrentamento deste problema que pode ser através da utilização de cartazes e folders informativos com informações sobre o tema, dispostos nos diversos setores de atendimento no hospital, deve-se realizar o registro destes casos de forma adequada nos prontuários, realizar a notificação do agravo, orientar e realizar os encaminhamentos necessários da vítima aos demais serviços especializados que formam a rede de atendimento a mulher, atuando de maneira articulada, interdisciplinar e intersetorial, além de desempenhar ações de prevenção à violência.

Portanto, é de fundamental importância a inserção de forma mais aprofundada da

discussão sobre este tema nos currículos acadêmicos dos cursos de saúde, visto que como foi relatado pelos(as) profissionais este assunto é abordado de forma muito superficial, isto se reflete no despreparo destes(as) em lidar com problemas como a violência doméstica contra a mulher que causa inúmeros agravos a saúde além de mortes. As instituições deveriam ainda ofertar de forma continuada capacitações e treinamentos aos(as) profissionais que trabalham em órgãos da Rede de Atendimento a Violência contra Mulher, a exemplo daqueles da área de saúde para que ampliem seus conhecimentos sobre gênero e compreendam suas conexões com a violência, assim como possam desconstruir alguns estereótipos de gênero e entendam que as mulheres não são apenas vítimas e sujeitos passivos na relação.

Muitas destas mulheres que sofrem violência reagem e resistem a esta situação de várias maneiras, muitas vezes usando o silêncio como uma das estratégias de defesa disponível naquele momento. Elas calam-se também por medo de enfrentar o olhar do outro e pela vergonha pública causada pela violência sofrida, além de ser uma estratégia para fugir de possíveis julgamentos, responsabilizações, acusações e dores daí decorrentes. Desse modo, há que se ter cuidado para não julgar e/ou culpabilizar as mulheres em situação de violência que buscam os serviços da rede de atendimento, como o HUT, porque tais condutas podem ser consideradas também como uma das formas de violência contra elas, uma violência institucional.

Ressalta-se que o setor da saúde tem um papel fundamental a ser exercido como produtor de resiliência em uma rede de proteção às mulheres em situação de violência, as abordagens de atenção a este tipo de violência deveriam ser implementadas de forma transversal nas políticas de saúde (ZUMA, et al., 2009). A assistência às mulheres em situação de violência faz parte do reconhecimento do Estado e da sociedade como entes responsáveis pelo enfrentamento desse grave problema social, cujas ações de combate devem perpassar vários níveis da realidade desde o familiar, cultural, social, econômico, institucional tanto no âmbito privado quanto público. Isto requer transformações de valores culturais machistas e patriarcais que retroalimentam as desigualdades de gênero, por uma cultura onde haja respeito às diferenças e que enseje a igualdade de gênero como indicador importante de desenvolvimento das nações.

Esta é uma tarefa desafiadora que requer a conjunção de muitos esforços de toda a sociedade uma vez que o problema da violência de gênero envolve uma multiplicidade de fatores como já mencionado, necessita-se de um trabalho de desconstrução dos estereótipos de gênero que alimentam visões e práticas sociais violentas, alheias aos direitos humanos das

mulheres. Requer-se ainda o estímulo à construção de uma nova cultura de pensar e agir sobre essa questão, onde o respeito e o compromisso com os direitos humanos das mulheres sejam valores incorporados ao cotidiano de todos brasileiros(as). Neste aspecto, o campo da educação é de suma importância para tentar modificar a distinção estereotipada dos papéis sociais atribuídos a homens e mulheres, inserindo a discussão sobre este tema desde o início na educação das crianças aos adultos que as relações de gênero devem ser igualitárias para que no futuro tenhamos profissionais mais sensíveis e implicados com o combate deste problema.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. S. *Essa violência mal-dita*. In: *Violência de gênero e políticas públicas*. Rio de Janeiro: ed. UFRJ, 2007, p.23-56
- ANDRADE, D. S. V. SEXO- Algumas definições, práticas diversas. In: *Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência*. Elizabeth Teixeira Fleury, Stela N. Meneghel (orgs.). Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2015, p.325-327
- APOLINÁRIO, F. Introdução à análise de dados. In: *Metodologia Científica-Filosofia e prática da pesquisa*. São Paulo: Thomson Learning, 2006, p.160-168.
- ARAUJO, M. F.; MARTINS, E. J. S.; SANTOS, A. L. Violência de Gênero e Violência Contra a Mulher. In: *Gênero e Violência*. Maria de Fátima Araújo/ Olga Ceciliato Mattioli (Orgs.). São Paulo: Arte e Ciência, 2004, p.17-35
- BANDEIRA, L. M. Avançar na Transversalidade da Perspectiva de Gênero nas Políticas. In: *BRASIL: Fortalecimento da Secretaria de Políticas para as Mulheres*. Brasília: Janeiro, 2005
- \_\_\_\_\_. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Revista Sociedade e Estado*. V.29, N.02. Maio/Agosto, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v29n2/08.pdf> acesso em 21/10/2016
- BONETI, L.W. *Políticas públicas por dentro*. 2ed. Ed. Unijuí. 2007
- BONNEWITZ, P. *Primeiras lições sobre a sociologia de P. Bourdieu*. Tradução de Lucy Magalhães. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.
- BOURDIEU, P. Introdução a uma sociologia reflexiva. In: *O PODER SIMBÓLICO*. Tradução de Fernando Tomaz. DIFEL, 1989, p.17-58.
- \_\_\_\_\_. *Razões Práticas: Sobre a teoria da ação*. Tradução: Mariza Corrêa. Campinas, SP: Papyrus,1996.
- \_\_\_\_\_. *A Dominação Masculina*. Tradução Maria Helena Kuhner. 5 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007
- BENTO, B. Gênero: uma reflexão teórica. In: *Homem não tece a dor: queixas e perplexidades masculinas*. Nata, RN: EDUFRRN, 2012, p. 47-59
- BRASIL. *Convenção Interamericana Para Prevenir, Punir E Erradicar A Violência Contra A Mulher, Convenção De Belém Do Pará*. 1994. Disponível em: <http://cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm> acesso em 20/10/2106
- BRASIL. *Resolução nº 1.451/95 do Conselho Federal de Medicina -CFM*. São Paulo, 1995. Disponível em: < [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451\\_1995.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm)> acesso em 26/07/2017

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço* / Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_19.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf)> acesso em 21/10/2016

BRASIL. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2004.

BRASIL. *Norma Técnica: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Doméstica e Sexual Contra Mulheres e Adolescentes*. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília-DF, 2005a.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Enfrentando a Violência contra a Mulher* – Brasília-DF, 2005b, 64p.

BRASIL. *Lei 11.340 de 07/08/06 lei Maria da Penha*. Senado Federal: Senador Inácio Arruda. Brasília-DF, 2007.

BRASIL. *O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 480 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3ed\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf) acesso em 07/09/2017

BRASIL. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2ed. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília-DF, 2009b. Disponível em: <[http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)> acesso em 17/10/10.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Política Nacional de Enfretamento à Violência contra as Mulheres*. Coleção: enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília-DF, 2011.

BRASIL. *BALANÇO: uma década de conquistas! Ligue 180 Central de atendimento à mulher*. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Organização: Aparecida Gonçalves. Secretária de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Projeto Gráfico: Ascom-SPM. Brasília-DF, 2015a.

BRASIL. *PROGRAMA MULHER, VIVER SEM VIOLÊNCIA: Casa da Mulher Brasileira, Diretrizes gerais e protocolos de atendimento*. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Organização: Aparecida Gonçalves. Secretária de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Projeto Gráfico: Jadermilson Santos; Francislene Gomes. Brasília-DF, 2015b.

BRASIL. *LEI N. 13.427, de 30 de MARÇO de 2017*. Brasília-DF, 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=3&data=31/03/2017>> acesso em 28/07/2017

BUTLER, J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Guacira Lopes Louro (org.); Tradução dos artigos: Tomaz Tadeu da Silva. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2001, p153-172

CARVALHO, M. E. P. et al. LGBTQI: *Inclusão da perspectiva da diversidade sexual e de gênero na educação e na formação docente*. Maria Eulina Pessoa de Carvalho [et al.]. João Pessoa: Editora da UFPB, 2016. 74p.

CARREIRA, D.; PANDJIARJIAN, V. *Vem pra roda! Vem pra rede: Guia de apoio à construção de redes de serviços para o enfrentamento da violência contra a mulher* - São Paulo; Rede Mulher de Educação, 2003.

COELHO et al. Integralidade do Cuidado à Saúde da Mulher: Limites da Prática Profissional. *Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem*. 2009 jan-mar; 13 (1): 154-160

CONNEL, R. A questão do gênero. In: *Gênero: uma perspectiva global*. Raewyn Connel, Rebeca Pearse: tradução e revisão técnica Marília Moschkovich. São Paulo: nVersos, 2015, p.29-50.

DA MATTA, R. *Relativizando: uma introdução à Antropologia Social*. Rio de Janeiro: Rocco, 1991. Disponível em: [http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/221326/mod\\_resource/content/1/Roberto%20DaMatta%20Relativizando%20LES237.pdf](http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/221326/mod_resource/content/1/Roberto%20DaMatta%20Relativizando%20LES237.pdf) acesso em 14/07/2016

DESLAURIERS, J. P.; KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. IN: *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Trad. Ana Cristina Nasser. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, p127-153.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*. vol.16, n.1: Rio de Janeiro Jan./Mar. 2000 Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?> acesso em 07/12/2009

DINIZ, D.; GUERRIERO, I.C.Z. Ética na pesquisa social: desafios ao modelo biomédico. *RECIIS*, v 02. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewFile/869/1511> acesso em 14/06/216

DINIZ, G. R. S.; PONDAAG, M. C. M. A face oculta da violência contra a mulher: o silêncio como estratégia de sobrevivência. In: *Violência, exclusão social e desenvolvimento humano: estudos em representações sociais*. Angela Maria de Oliveira Almeida et al (orgs). Brasília: Ed. UNB, 2006.p.233-259

DINIZ, S.G. A violência contra mulheres como questão de saúde no Brasil. In: *Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005): Alcances e Limites*. Simone G Diniz; Lenira P Silveira; Liz A Mirim (orgs.)– São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006, p,168-208

D’OLIVEIRA, A. F. P. L. *Violência de Gênero, Necessidades de Saúde e Usos de Serviços de Saúde em Atenção Primária*. Tese de Doutorado em Medicina. São Paulo, Faculdade de

Medicina da USP, 2000. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/td-10102006-151619/pt-br.php>> acesso em 04/11/2014

DUARTE, M. HUT tem aumento de atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica. Matéria publicada no Portal AZ em 20 de Janeiro de 2015. Disponível em: <<https://www.portalaz.com.br/noticia/geral/319796/hut-tem-aumento-de-atendimento-a-mulheres-vitimas-de-violencia-domestica>> acesso em 10/06/2016

FARAH, M. F. S. Gênero e Políticas Públicas. *Rev. Estudos Feministas*, Florianópolis. 12(1): 360. Jan/abril, 2004.

FERREIRA, M. T. A. *Narrativas de mulheres vítimas de violência de gênero: contribuições para a assistência em saúde e o cuidar em enfermagem*. Dissertação Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2016.94f.

FERRANTE, F. G.; VIEIRA, E. M. Violência contra a mulher: a percepção dos médicos do serviço público de saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. *Rev. Fazendo Gênero*. vol. 08. Agosto. Florianópolis. 2008. p. 01-07  
Disponível em: <[http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST35/Ferrante-Vieira\\_35.pdf](http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST35/Ferrante-Vieira_35.pdf)> acesso em 15/11/10

FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de Dezembro de 1970. Tradução: Laura Fraga de Almeida Sampaio. 5 ed. Ed: Loyola, São Paulo, Brasil, 1999.

\_\_\_\_\_. *Microfísica do Poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. 25 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2008.

FONSECA, R. M. G. S.; GUEDES, R. N.; SILVA, A. T. M. C. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Esc Anna Nery Rev. Enfermagem*, 2009, jul-set; 13(3): 625-31. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a24.pdf>> acesso em 10/10/2106

FONSECA, R. G. S.; GUEDES, R. N. *VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UM OLHAR DE GÊNERO*. Trabalho apresentado na mesa redonda “Violência doméstica: um olhar de gênero” na 63ª Reunião Anual da SBPC, Goiânia, 2011

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. IN; *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1): 17-27, jan, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003)> acesso em 05/06/2016

FLEXOR, G.; LEITE, S. P. *Análise de políticas públicas: considerações teórico-metodológicas*. Relatório final da pesquisa “Avaliando a gestão das políticas agrícolas no Brasil: uma ênfase no papel dos policy-makers”.CNPq-CPDA/UFRJ, 2006. Disponível em: <[http://www.franciscoqueiroz.com.br/portal/phocadownload/gestao/AnalisePolitica%20Publica%20flexor\\_leite.pdf](http://www.franciscoqueiroz.com.br/portal/phocadownload/gestao/AnalisePolitica%20Publica%20flexor_leite.pdf)>acesso em 20/10/2016

GIOVANNI, G. As estruturas elementares das políticas públicas. *Cadernos de pesquisa*, N. 82, Núcleo de Estudos de políticas Públicas-NEPP, UNICAMP, 2009.

GONTIJO, J. L. Coordenação, cooperação e políticas públicas: organizando percepções e conceitos sobre um tema caro à implementação. FARIA, C. A. P (org).In: *Implementação de políticas públicas: teoria e prática*. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2012, p.81-122

GASKELL, G. entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, (org). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis: Vozes, 2003 p.64-89.

GIDDENS, A. *As novas regras do método sociológico*. Rio de Janeiro: Zaluar, 1978

\_\_\_\_\_. O significado sociológico da co-dependência. IN: *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. Tradução de Magda Lopes-São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993, p.99-123.

\_\_\_\_\_. Família. In: *Mundo em descontrole*. Tradução de Maria Luiza X. de A. Borges- Rio de Janeiro: Record, 2000, p.62-75

GOLDANI, A. M. As famílias no Brasil contemporâneo e o mito da desestruturação. *Cadernos Pagu* (1), Núcleo de Estudos de Gênero-Pagu/Unicamp, 1993, pp.67-110

GOLDENBERG, M. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa*. 8ed. Rio de Janeiro: Record, 2004. Disponível em: <http://www.ufjf.br/labesc/files/2012/03/A-Arte-de-Pesquisar-Mirian-Goldenberg.pdf>> acesso em 04/11/2014

GREGORI, M. F. As desventuras do vitimismo. *Rev. Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 1, p. 143-150, 1993. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000102&pid=S0103-7331200600020000300011&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000102&pid=S0103-7331200600020000300011&lng=pt)> acesso em 07/09/2017

ILHA, M. M.; LEAL, S. M. C.; SOARES, J. S. F. Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto socorro: (in)visibilidade da violência. *Rev. Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre (RS), v.31, n.2, 2010, p. 328-34.

IPEA. FPBSP. *Atlas da Violência 2017*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/170602\\_atlas\\_da\\_violencia\\_2017.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/170602_atlas_da_violencia_2017.pdf)> acesso em 10/07/2017

KRONBAUER, J. F. D.; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev. Saúde Pública*, 2005; 39(5): 695-701

KRUG, E. G. et al. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Organização Mundial de Saúde. Genebra, 2002.

JARSCHER, H. Vergonha da violência. In: *Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência*. Elizabeth Teixeira Fleury, Stela N. Meneghel (orgs.). Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2015, p.366-367

LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J. M.; GASPAR, M. F. M. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. *Interface - Comunicação, Saude, Educ.*, v.15, n.37, p.409-24, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/aop0911> acesso em 25/09/2017

LIRA, M. A. L. *Mulheres em rota crítica: percalços do enfrentamento à violência doméstica em Teresina – PI*. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Piauí, 2015.135 f.

LOURO, G. L. Gênero, sexualidade e poder. In: *GÊNERO, SEXUALIDADE E EDUCAÇÃO: Uma perspectiva pós-estruturalista*. Ed. Petrópolis. RJ: Vozes, 1997, p.37-55.

MAY, T. Perspectivas da pesquisa social científica. IN: *Pesquisa social: questões, métodos e processos*. Trad. Carlos Alberto Silveira neto Soares. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p.21-40.

MANITA, C.; RIBEIRO, C. PEIXOTO, C. (coordenadores). *Violência doméstica: Compreender para Intervir, Guia de Boas Práticas para Profissionais de Saúde*. Revisão de provas Marta Santos. Lisboa: Sersilito, Empresa Gráfica, Lda, 2009

MARCONI, M. A. LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa. IN: *Fundamentos de metodologia científica*. 7ed. São Paulo: Atlas, 2010. p.157-197

MARTINS, H. H. T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.30,n.2,p.289-300,maio/ago.2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v30n2/v30n2a07> acesso em 10/06/2016

MATOS, M. A democracia não deveria parar na porta de casa: a criação dos índices de tradicionalismo e de destradicionalização de gênero no Brasil. In: *Gênero, família e trabalho no Brasil*. Clara Araújo e Celi Scalon (orgs.). Rio de Janeiro:Editora FGV, 2005,p.89-120

\_\_\_\_\_. Gênero. In: *Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência*. Elizabeth Teixeira Fleury, Stela N. Meneghel (orgs.). Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2015, p.153-155

MENEGHEL, S. N. Medicalização das violências. In: *Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência*. Elizabeth Teixeira Fleury, Stela N. Meneghel (orgs.). Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2015, p.216-217

MINAYO, M. C. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública* vol.10 supl.1 Rio de Janeiro 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?> Acesso em 27/11/2009

\_\_\_\_\_. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 29(1): 2005,53-63

\_\_\_\_\_. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006.

\_\_\_\_\_. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MENDES, M. A. O pensamento de Bourdieu na compreensão do gênero. *Serviço Social e contemporaneidade*. Revista do departamento de Serviço Social-Ano 1, n.1, 1997-Teresina: EDUFPI, 2008a, p.49-61

\_\_\_\_\_. *Violência doméstica na vida das chefes de família em camadas pobres: marcas, tolerâncias e reações feminina*. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu- MG –Brasil, 2008b.

Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008\\_1842.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_1842.pdf) acesso em 31/10/16

MENEGHEL, S. N. Medicalização das violências. In: *Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência*. Elizabeth Teixeira Fleury, Stela N. Meneghel (orgs.). Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2015, p.216-217

MONTEIRO, C. F. S. et al. A violência contra a mulher em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem. *Esc. Ana Nery Rev. Enfermagem*, 2006, ago; 10(2): 273-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452006000200015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000200015) acesso em 10/10/2016

MOREIRA, M. C. O impacto da violência doméstica na saúde reprodutiva: uma reflexão sobre gravidez na adolescência. In: *Família e Gênero*. Marlene Neves Strey, João Alves da Silva Neto, Rogério Lessa Horta (orgs.). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007, p.287-301

NJAINE, K. Violência no namoro. In: *Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência*. Elizabeth Teixeira Fleury, Stela N. Meneghel (orgs.). Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2015, p.382-383

NASCIMENTO, F.; FOGLIARO, D. *LGBT, LGBTI, LGBTQ ou o quê?* Blog GEMIS – Gênero, Mídia e Sexualidade. Matéria publicada em Agosto, 2014. Disponível em: <http://ggemis.blogspot.com.br/2014/08/lgbt-lgbti-lgbtq-ou-o-que.html> acesso em 28/09/2017

NEGRÃO, T. *Nós e rupturas na rede de apoio às mulheres*. In: Marlene Neves Strey, Mariana Porto Ruewer Azambuja, Fernanda Pires Jaeger (orgs.). *Violência, Gênero e Políticas Públicas*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004, p. 215-255.

OLIVEIRA, S. F. Assistência a Mulheres em Situação de Violência. In: *Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência*. Elizabeth Teixeira Fleury, Stela N. Meneghel (orgs.). Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2015, p.43-45.

OLIVEIRA, Z. L. C.. A provisão da família: redefinição ou manutenção de papéis?. In: *Gênero, família e trabalho no Brasil*. Clara Araujo e Celi Scalon (Orgs.) RJ: Ed FGV, 2005, p.123-147.

OMS. Mulheres e o sistema de atenção em saúde. In: *Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã*. Organização Mundial de Saúde- OMS. Tradução: Jean-Pierre Barakat. Revisão técnica: Elcylene Leocádio, Suzanne Jacob Serruya, Islene Araujo de Carvalho, Regina Ungerer e Floriza Gennari. Programa de Cooperação Internacional em Saúde da OPAS/OMS no Brasil: Ministério da Saúde, 2011, p.11-13.

ORLANDI, E. P. O discurso. IN: *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. Campinas, SP: Pontes, 4 ed., 2002, p.15-20.

PASINATO, W. Femicídios e as mortes de mulheres no Brasil. *Cadernos pagu* (37), jul-dez, 2011, p.219-246. Disponível em: <[http://www.compromissoeatitude.org.br/wpcontent/uploads/2014/04/PASINATO\\_Femicidios2011.pdf](http://www.compromissoeatitude.org.br/wpcontent/uploads/2014/04/PASINATO_Femicidios2011.pdf)> acesso em 10/11/2016

PEDROSA, C. M. *Mulheres em situação de violência: o discurso dos profissionais de saúde*. PUC: SP, 2003. Dissertação de Mestrado.

PEDROSA, C. M.; SPINK, M J. P. A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica. *Saúde Soc.*[on line]. São Paulo, v.20, n.1, p.124-135, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902011000100015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902011000100015&script=sci_abstract&tlng=pt)> acesso em 17/09/2017

PETRINI, J. C. Mudanças sociais e mudanças familiares. In: *Família, sociedade e subjetividade*. João Carlos Petrini, Vanessa Ribeiro Simon Cavalcante (Orgs.)-Petrópolis, RJ, Vozes, 2005, p.29-53

PICANÇO, F. S. Amélia e a mulher de verdade: representações dos papéis da mulher e do homem em relação ao trabalho e à vida familiar. In: *Família, sociedade e subjetividade*. João Carlos Petrini, Vanessa Ribeiro Simon Cavalcante (Orgs.)-Petrópolis, RJ, Vozes, 2005, p.149-172

PISCITELLI, A. Gênero: a história de um conceito. IN: *Diferenças, igualdade*. Heloisa Buarque de Almeida, José Eduardo Szwako (orgs.) - São Paulo: Berlendis & Vertecchia, 2009, p.116.149 - (Coleção sociedade em foco: introdução às ciências sociais)

PIRES, A. P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Trad. Ana Cristina Nasser. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, p154-211.

RAGO, M. Epistemologia feminista, gênero e história. In: *MASCULINO, FEMININO, PLURAL*. PEDRO, Joana; GROSSI, Miriam (orgs.). Florianópolis: Ed. Mulheres, 1998.

RODRIGUES, C. Butler e a desconstrução do gênero. *Rev. Estudos Feministas*, vol. 13(1): 179-199. Florianópolis, janeiro-abril/2005. Disponível: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2005000100012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2005000100012)> acesso em 14/10/17

SAFFIOTI, H. I. B. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. *São Paulo em perspectiva*, 13 (4), 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88391999000400009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88391999000400009)> acesso em 10/09/2016

\_\_\_\_\_. *Gênero, patriarcado, violência*. 1oed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SAGOT, M. *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países*. OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). 2000.

SALEM, A. C. *Especialidade Médicas- Medicina Intensiva*. Site da Academia Médica. Matéria publicada em 29/06/2015. Disponível em: <<https://academiamedica.com.br/blog/especialidades-medicinas-medicina-intensiva>> acesso em 12/10/2017.

SAMARA, E. M. O que mudou na família brasileira? (Da colônia à atualidade). *Psicologia USP*, Vol.13, N. 2, 2002,p. 27-48

SANTOS, C. M.; IZUMINO, W. P. Violência contra as mulheres e violência de gênero: Notas sobre estudos feministas no Brasil. *E.I.A.L.*, Vol. 16 – No 1 (2005). Disponível em: <<http://eial.tau.ac.il/index.php/eial/article/view/482/446>> acesso 10/09/2017

SANTOS, S. M. J. *Pra não dizer que não falei das flores: narrativas das mulheres em situação de violência doméstica e familiar atendidas pelo ministério público no município de Timon- MA*. Dissertação (Mestrado em Política Públicas) Universidade Federal do Piauí, 2016,99f.

SARDENBERG, C. M. B. *Da Crítica Feminista à uma Ciência Feminista*. Trabalho apresentado no X Encontro da REDOR (NEIM/UFBA). Salvador, Out, 2001

SCOTT, J. *GÊNERO UMA CATEGORIA ÚTIL DE ANÁLISE HISTÓRICA*. *EDUCAÇÃO E REALIDADE*, Vol. 20. Jul/Dez,1995,p.71-99.

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.

SCHRAIBER, L. B. D'OLIVEIRA, Ana Flávia Lucas Pires (org.). Cartilha: O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica. *Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde*, 2002. p. 01-37 Disponível:<[http://www.saude.sp.gov.br/resources/geral/agenda/pdfs/violencia\\_cartilha.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/geral/agenda/pdfs/violencia_cartilha.pdf)> acesso em 25/08/10

SCHRAIBER, L. B. D' OLIVEIRA, A. F. L. P. Mulheres em situação e violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. *Rev. Medicina*. São Paulo. 2013, abr-jun; 92(2): 134-40. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/79953>> acesso em 10/10/2016

SCHRAIBER, L. B. KISS, L. B. *Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(3). 2011, p.1943-1952.

SCHUCH, E. Violência contra a mulher na ótica dos profissionais de saúde: revisão de literatura. *Monografia* apresentada ao XIV Curso de Especialização em Saúde Pública da UFSC. Florianópolis (SC), 2012. Disponível em: < <http://spb.ufsc.br/files/2012/09/TCC--Elayne-Schuch.pdf>>acesso em 10/06/2016

SILVA, S. A. T. *Para além do silêncio: os discursos femininos sobre as marcas da violência conjugal*. Dissertação (Mestrado em Antropologia e Arqueologia) - Universidade Federal do Piauí, 2013. 117f.

SILVA, V. A. C. Ideologia de Gênero. In: *Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência*. Elizabeth Teixeira Fleury, Stela N. Meneghel (orgs.). Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2015, p.170-173

SILVA, V. F. História feminista, uma história do possível. *Labrys, estudos feministas*. Jul-Dez, 2008.

Disponível em: <<http://www.labrys.net.br/labrys14/textos/valeria.htm>> acesso em 20/10/2016

SOARES, B. M. Violência entre parceiros íntimos e criminalização da vida privada: onde nos leva esse caminho. In: *GÊNERO, VIOLÊNCIA E DIREITOS: NA SOCIEDADE BRASILEIRA*. Rio de Janeiro: 7letras, 2009, p.145-157

SOUZA, D. F. *O Lugar da sexualidade na permanência da mulher na relação conjugal violenta*. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Piauí, Teresina. 2014.99 f

SORJ, B. Percepções de esferas separadas de gênero. In: *Gênero, família e trabalho no Brasil*. Clara Araújo e Celi Scalon (orgs.). Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005, p79-88

SPINK, M. J. P.; LIMA, H. Rigor e Visibilidade: A explicitação dos passos da interpretação. In: *In: Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 2ed. São Paulo: Cortez, 2000, p.93-150.

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise de práticas discursivas. In: *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 2ed. São Paulo: Cortez, 2000, p.41-61.

STREY, M. N. Violência de Gênero: Uma Questão Complexa e Interminável. In: *Violência, Gênero e Políticas Públicas*. Marlene Neves Strey, Marina Porto Ruwer de Azambuja, Fernanda Pires Jaeger (orgs.). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004, p. 13-43.

STREY, M. N.; WERBA, G. C.; NORA, T. C. “Outra vez essa mulher”? Processo de atendimento a mulheres em situação de violência nas delegacias da mulher do RS. In: *Violência, Gênero e Políticas Públicas*. Marlene Neves Strey, Marina Porto Ruwer de Azambuja, Fernanda Pires Jaeger (orgs.). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004, p. 101-122.

WASELFISZ, J. J. *MAPA DA VIOLÊNCIA 2015: HOMICÍDIO DE MULHERES NO BRASIL*. 1ª Ed. Brasília: DF, 2015. Disponível em [www.mapadaviolencia.org.br](http://www.mapadaviolencia.org.br) acesso em 10/12/2015

WEBER, M. Conceitos sociológicos fundamentais. IN: *Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. V.01 Trad. de Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa; Revisão técnica de Gabriel Cohn. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 1991, p.3-35

WINCK, G. E.; STREY, M. N. “A voz mais alta, mas na hora certa”: A naturalização da violência de gênero enquanto recurso legitimado ao homem. *Revista Ártemis*. Vol. 09, Dez, 2008, p.113-133

VELÁZQUES, S. Entrevistas de consulta y orientación: una propuesta de trabajo. In: *Violencias cotidianas, violencia de género. Escuchar, comprender, ayudar*. 1ed. 2 reimpressão. Buenos Aires: Paidós, 2006. p.241-254

VELHO, G. Observando o familiar. In: *Individualismo e cultura*. Rio de Janeiro: Zahar, 1987, p.121-132.

VEJA. ON LINE. *Justiça permite tratar homossexualidade como doença*. Matéria publicada por Fernanda Bassette, em 18/09/2017. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/brasil/justica-permite-tratar-homossexualidade-como-doenca/>> acesso em 21/09/2017

VIEIRA, J. A. As abordagens críticas e não críticas em análise de discurso. In: *Análise do discurso: percursos teóricos e metodológicos*. Denize Elena Garcia e Josênia Antunes Vieira (orgs.). Brasília: UNB. Oficina Editorial do Instituto de letras; Editora Plano, 2002, p.143-164.

ZEGER, I. *Direito LGBTI: perguntas e respostas*. São Paulo: Mescla, 2016. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?id=588aDAAAQBAJ&pg=PT245&dq=homossexualismo+ou+homoafetivo&hl=ptBR&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=homossexualismo%20ou%20homoafetivo&f=false](https://books.google.com.br/books?id=588aDAAAQBAJ&pg=PT245&dq=homossexualismo+ou+homoafetivo&hl=ptBR&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=homossexualismo%20ou%20homoafetivo&f=false)>. acesso em 07/09/2017

ZUMA, C. E. et al. Violência de gênero na vida adulta. In: *Impactos da violência na saúde*. Kathie Njaine et al. (org.). 2 ed. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a distancia da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009, p.149-180

## APÊNDICES



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA



APÊNDICE A

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

**Violência de gênero e saúde: o atendimento a mulher em situação de violência doméstica no Hospital de Urgência de Teresina-HUT**

**Pesquisador responsável:** ALBA VALÉRIA DE SOUSA BATISTA

**Instituição/Departamento:** Programa de Pós-graduação em Sociologia da UFPI

**Telefone para contato:** 86-99922-3408

**Local da coleta de dados:** HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA-HUT

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados em entrevistas com utilização de gravador de áudio, em observações diretas em setores de atendimento do hospital em que seja permitido o acesso da pesquisadora, em fichas de notificação compulsória de casos de violência doméstica contra a mulher e em bases de dados onde o/a colaborador/a da pesquisa o/a e pesquisadora responsável concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no (a) em arquivo pessoal, sigiloso e de acesso restrito, no escritório domiciliar desta pesquisadora a qual será responsável pela posse e segurança da inviolabilidade do material coletado por um período de 24 meses e após este período, os dados serão destruídos, sob a responsabilidade da Sr. (a) ALBA VALÉRIA DE SOUSA BATISTA.

Teresina, .....de .....de 20.....

---

ALBA VALÉRIA DE SOUSA BATISTA  
ASSISTENTE SOCIAL CRESS-PI 22 REGIÃO N. 1769-PI



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA



**APÊNDICE B**  
**Declarações dos (as) Pesquisadores (as)**

Ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP  
Universidade Federal do Piauí

Eu ALBA VALÉRIA DE SOUSA BATISTA, pesquisadora responsável pela pesquisa intitulada: **Violência de gênero e saúde: o atendimento a mulher em situação de violência doméstica no Hospital de Urgência de Teresina-HUT**, sob orientação da Profa. Dra. Mary Alves Mendes, declaro que:

- Assumo o compromisso de cumprir os Termos da Resolução nº 466/12 , de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99 e 340/2004).
- Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações, que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
- Os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados apenas para se atingir o(s) objetivo(s) previsto(s) nesta pesquisa e não serão utilizados para outras pesquisas sem o devido consentimento dos voluntários;
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados em banco de dados sob a responsabilidade de ALBA VALÉRIA DE SOUSA BATISTA, discente regularmente matriculada no programa de Pós Graduação em Sociologia da UFPI, sendo a mesma responsável pela destruição dos materiais e dados coletado na pesquisa, decorrido o prazo de 24 meses do término desta.
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa;
- O CEP-UFPI será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- O CEP-UFPI será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o voluntário;
- Esta pesquisa ainda não foi total ou parcialmente realizada.

Teresina, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

---

Pesquisador/a responsável: ALBA VALÉRIA DE SOUSA BATISTA,  
CPF: 659776703-97/ 086-99922-3408



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA



APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**Título do projeto:** Violência de gênero e saúde: o atendimento a mulher em situação de violência doméstica no hospital de urgência de teresina-hut.

**Pesquisador responsável:** ALBA VALÉRIA DE SOUSA BATISTA

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal do Piauí- Programa de Pós-Graduação em Sociologia.

**Telefones para contato:** (86) 9.9922-3408.

**Local da coleta de dados:** HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA- HUT

**Prezado(a) Senhor(a):** Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste roteiro de entrevista de forma totalmente **voluntária**. É uma pesquisa desenvolvida no Programa de Pós- Graduação em Sociologia. E este termo será emitido em duas vias uma que ficará com a pesquisadora e outra com o (a) colaborador/a da pesquisa. Antes de concordar em participar desta pesquisa é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. A pesquisadora responsável deverá responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar. Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. **Justificativa:** Sua participação propiciará uma melhor compreensão sobre o atendimento profissional à mulher em situação de violência doméstica no HUT que ensejará a ampliação do atual contexto de conhecimentos sobre o assunto em âmbito local, assim como subsidiará melhorias no atendimento realizado às estas mulheres no HUT. **Objetivo de estudo:** Analisar os discursos e ações dos/as profissionais de saúde a cerca da violência doméstica com o intuito de compreender como se dá o processo de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica no Hospital de Urgência de Teresina-HUT. **Procedimentos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa que se realizará através de entrevistas e observações sobre o atendimento. Sua participação nesta pesquisa se realizará através de respostas à entrevista a partir de roteiro semiestruturado, com recurso de gravador de áudio (cuja gravação acontecerá mediante permissão do(a) entrevistado(a), cujas falas serão transcritas fielmente, para posterior interpretação das informações coletadas em campo que se efetivará por meio da técnica de análise de discurso. **Benefícios:** Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema com relevância tanto para a produção do conhecimento sobre a área de saúde e gênero, como para auxiliar no aprimoramento das práticas profissionais e a instrumentalização da gestão e dos serviços que assistem as mulheres em situação de violência doméstica. **Riscos:** As respostas a entrevista *a priori* não representa qualquer risco de ordem física ou psicológica para você, na medida que se manterá sigilo sobre a identidade do(a) entrevistado(a), porém, caso exista algum desconforto gerado por alguma pergunta feita, ou sinta algum incômodo em falar de algum tópico em específico, não precisa respondê-lo, reservando-se ao direito de passar à pergunta seguinte, ou mesmo desistir de participar da pesquisa. Informo que poderá desistir da participação da sua fala no decurso da pesquisa, assim como saber sobre o andamento da mesma.

**Sigilo:** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pela pesquisadora

responsável. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento quando os resultados desta pesquisa forem divulgados e você poderá ter acesso a uma cópia caso deseje, basta solicitar a esta pesquisadora. Informo que você não estará sendo avaliado/a, assim nas entrevistas não deverá se preocupar em agradar a terceiros, nem mesmo à pesquisadora, mas apenas em falar sobre o tema indagado sobre a partir de sua visão e ações profissionais no que se refere ao atendimento a mulheres agredidas em situação de violência doméstica.

**Das Disposições Finais:**

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Achando necessário, em caso de dúvida sobre a pesquisa ou pesquisadora, a participante poderá também recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí para maiores esclarecimentos, contactar: **Telefone:** 86 3237-2332, e-mail: cep.ufpi@ufpi.br.

Reitera-se que as informações dadas serão destinadas exclusivamente para este estudo, sendo mantido o sigilo da identidade dos/as participantes da pesquisa. Vale frisar que uma cópia do relatório final deste estudo (após defesa da dissertação) poderá ser entregue a(o) entrevistada(o) se assim desejar.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, declaro que fui suficientemente informado(a) e estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas. Sobre o acompanhamento e assistência ao participante quando do encerramento ou interrompimento da pesquisa o(a) participante da pesquisa poderá acessar os contatos desta pesquisadora ou do CEP.

---

Local e data

---

Assinatura do(a) participante da pesquisa, N. Identidade \_\_\_\_\_

---

ALBA VALÉRIA DE SOUSA BATISTA, RG: 1948.099



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA



**APÊNDICE D**

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS/AS OS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO HUT**

**PESQUISA:** Violência de gênero e saúde: o atendimento a mulher em situação de violência doméstica no hospital de urgência de Teresina-HUT.

**1. IDENTIFICAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL**

Código do/a entrevistado/a:

Categoria profissional:

Escolaridade (nível médio, graduada e especializada):

Gênero:

Idade:

Tempo de atuação profissional \_\_\_\_\_ e no serviço investigado \_\_\_\_\_

Tipo de vínculo empregatício:

**2. Questões sobre gênero, violência de gênero, violência doméstica contra a mulher e suas conexões com a saúde.**

- Como você define a violência de gênero e a violência doméstica contra a mulher?
- Qual a sua visão acerca da mulher em situação de violência doméstica, você consegue elaborar um perfil desta mulher?
- Na sua visão quais os impactos para a saúde das mulheres que vivem em situação de violência doméstica?
- Você já ouviu falar ou tem algum conhecimento sobre gênero? você percebe as diferenças de gênero entre o “ser mulher” e o “ser homem” na sociedade e como você percebe estas diferenças nas relações entre os gêneros?
- Durante sua formação profissional (seja em nível acadêmico ou de capacitações específicas ou em nível de educação continuada) este tema foi abordado, se sim, de que forma foi trabalhado?

**3. Questões sobre o atendimento às mulheres em situação de violência doméstica no HUT**

- Você já atendeu uma mulher em situação de violência doméstica no HU?
- Como você percebe/identifica estes casos no seu cotidiano de trabalho, e na sua visão esta é uma demanda frequente no HUT?
- Como o HUT e você as acolhem? Que ações você realiza diante destes casos no seu cotidiano de trabalho?
- Há ações específicas/protocolos de atendimento da sua profissão ou do HUT para atendimento destes casos, caso existam você os utiliza?
- Você conhece o dispositivo da notificação compulsória de casos de violência doméstica contra a mulher, você a realiza?
- Você considera a violência doméstica contra a mulher como um problema de saúde pública, se sim por quê? E você se sente responsável pelo enfrentamento desta

demanda enquanto profissional de saúde?

g) Você se sente preparado para lidar com esta demanda? Como você se sente ao atender uma mulher em situação de violência?

h) Quais dificuldades você percebe no atendimento às mulheres em situação de violência doméstica? Você considera que há recursos físicos, materiais e humanos apropriados para trabalhar com esta demanda?

i) Você conhece ou já ouviu falar na rede de serviços de enfrentamento à violência doméstica contra a mulher? se sim, quais você conhece? Você realiza encaminhamentos para estes e como faz?

j) Como você avalia as ações que o HUT e você realizam no atendimento às mulheres em situação de violência doméstica?



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA



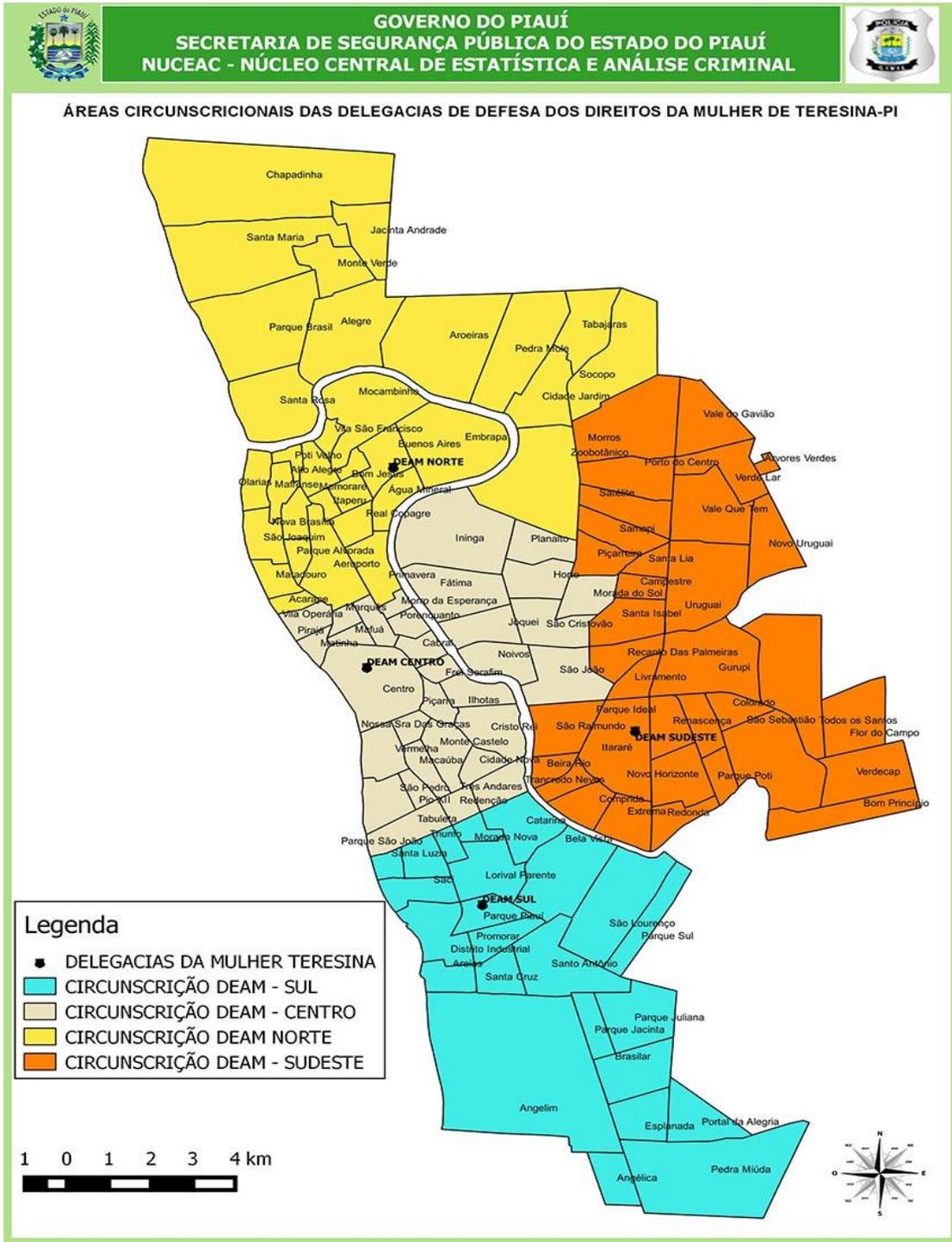
APÊNDICE E  
Perfil dos/as sujeitos da pesquisa

PSEUDÔNIMO	GÊNERO	IDADE	FUNÇÃO	VÍNCULO	TEMPO DE TRABALHO NO HUT	FORMAÇÃO
Margarida	feminino	26	Tec. Enfermagem Pronto Atendimento - P.A	Estatutária	06 anos	Curso técnico em enfermagem e graduação em enfermagem
Rosa	feminino	36	Tec. Enfermagem Clin. Cirúrgica	Estatutária	04 anos	Curso técnico em enfermagem e graduação em enfermagem
Girassol	feminino	37	Tec. Enfermagem NHE	Estatutária	08 anos	Curso técnico em enfermagem e graduanda em serviço social
Gardênia	feminino	40	Tec. Enfermagem Sala Verde	Prestadora de serviço	01 ano	Técnico em enfermagem
Cravo	masculino	33	Médico UTI	Estatutário	04 anos	Graduação em medicina, Direito e Radiologia; pós-graduação em terapia intensiva e medicina do trabalho
Crisântemo	Masculino	34	Médico Ortopedista	Estatutário	03 anos	Graduação em medicina, pós-graduação em medicina do esporte e ortopedia
Jasmin	feminino	31	Médica Oftalmo	Estatutária	03 anos	Graduação em medicina, pós-graduação em oftalmologia.
Lírio	feminino	25	Médica Clínica sala verde	Prestadora de serviço	02 anos	Graduação em medicina, residente em medicina intensivista.
Lótus	feminino	31	Enfermeira Acolhimento/classificação de risco	Estatutária	04 anos	Graduação e Mestrado em Enfermagem
Violeta	feminino	30	Enfermeira Clin. Médica	Prestadora de serviço	04 anos	Graduação em enfermagem, pós-graduação em urgência e emergência
Açucena	feminino	37	Enfermeira Clin. Cirúrgica	Estatutária	02 anos	Graduação em enfermagem, pós-graduação em administração hospitalar e enfermagem cirúrgica.

# ANEXOS

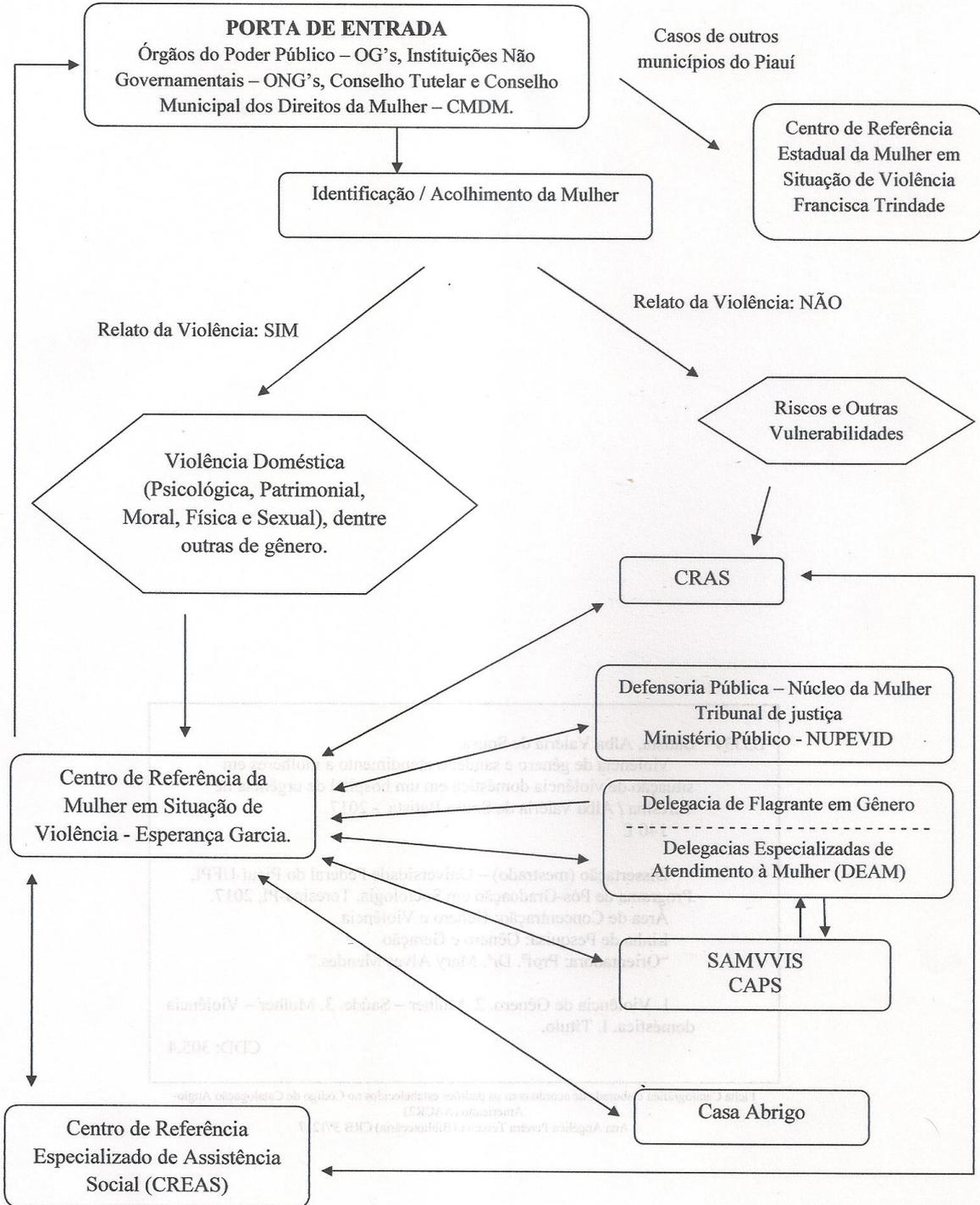
### Anexo A

## Mapa das áreas circunscricionais das Delegacias Especializadas da Mulher –DEAM’s em Teresina-PI



fonte:<http://www.portalodia.com/noticias/policia/nova-delegacia-da-mulher-e-inaugurada-no-parque-piaui-nesta-sexta-feira-274183.html>

**ESTADO DO PIAUÍ**  
**PREFEITURA DE TERESINA**  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MULHERES – SMPM  
 FLUXO DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA EM TERESINA



Legenda:  
 ↔ Referência / Contrarreferência  
 → Referência

**SINAN**  
**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO**  
**FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL**

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

<b>Dados Gerais</b>	1 Tipo de Notificação <span style="float:right">2 - Individual</span>		3 Data da notificação			
	2 Agravado/doença <b>VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA</b>		Código (CID10) <b>Y09</b>			
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)		
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros					
	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade		9 Data da ocorrência da violência	
	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)			
<b>Notificação Individual</b>	10 Nome do paciente				11 Data de nascimento	
	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano		13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> - Ignorado		14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/>					15 Raça/Cor <input type="checkbox"/>
	0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	17 Número do Cartão SUS			18 Nome da mãe		
	19 UF		20 Município de Residência		Código (IBGE)	
<b>Dados de Residência</b>	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1	
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		29 CEP	
	30 (DDD) Telefone		31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)	
	<b>Dados Complementares</b>					
	<b>Dados da Pessoa Atendida</b>	33 Nome Social			34 Ocupação	
35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/>						
36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/>		3-Bissexual <input type="checkbox"/>		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/>		
1-Heterossexual <input type="checkbox"/>		8-Não se aplica <input type="checkbox"/>		3-Homem Transexual <input type="checkbox"/>		
2-Homossexual (gay/lésbica) <input type="checkbox"/>		9-Ignorado <input type="checkbox"/>		8-Não se aplica <input type="checkbox"/>		
2-Mulher Transexual <input type="checkbox"/>		9-Ignorado <input type="checkbox"/>		9-Ignorado <input type="checkbox"/>		
38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/>		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?			1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado	
1- Sim 2- Não 9- Ignorado		<input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras		<input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento		
<b>Dados da Ocorrência</b>	40 UF		41 Município de ocorrência		Código (IBGE)	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3	
	48 Geo campo 4		49 Ponto de Referência		50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		52 Local de ocorrência		53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/>	
	01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro 99 - Ignorado		54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/>		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	

**55** Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia  
06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado

**56** Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Física  Tráfico de seres humanos  Intervenção legal

Psicológica/Moral  Financeira/Econômica  Outros

Tortura  Negligência/Abandono

Sexual  Trabalho infantil

**57** Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Força corporal/ espancamento  Obj. perfuro-cortante  Arma de fogo

Enforcamento  Substância/ Obj. quente  Ameaça

Obj. contundente  Envenenamento, Intoxicação  Outro

**58** Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado

Assédio sexual  Estupro  Pomografia infantil  Exploração sexual  Outros

**59** Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado

Profilaxia DST  Profilaxia Hepatite B  Coleta de sêmen  Contracepção de emergência

Profilaxia HIV  Coleta de sangue  Coleta de secreção vaginal  Aborto previsto em lei

**60** Número de envolvidos 1- Um  2- Dois ou mais  9- Ignorado

**61** Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Pai  Ex-Cônjuge  Amigos/conhecidos  Policial/agente da lei

Mãe  Namorado(a)  Desconhecido(a)

Padrasto  Ex-Namorado(a)  Cuidador(a)  Própria pessoa

Madrasta  Filho(a)  Patrão/chefe  Outros

Cônjuge  Irmão(ã)  Pessoa com relação institucional

**62** Sexo do provável autor da violência 1- Masculino  2- Feminino  3- Ambos os sexos  9- Ignorado

**63** Suspeita de uso de álcool 1- Sim  2- Não  9- Ignorado

**64** Ciclo de vida do provável autor da violência:

1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais)

2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado

**65** Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras)  Conselho do Idoso  Delegacia de Atendimento a Mulher

Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras)  Delegacia de Atendimento ao Idoso  Outras delegacias

Rede da Educação (Creche, escola, outras)  Centro de Referência dos Direitos Humanos  Justiça da Infância e da Juventude

Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)  Ministério Público  Defensoria Pública

Conselho Tutelar  Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente

**66** Violência Relacionada ao Trabalho  1- Sim 2- Não 9- Ignorado

**67** Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)  1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado

**68** Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX

**69** Data de encerramento

**Informações complementares**

Nome do acompanhante \_\_\_\_\_ Vínculo/grau de parentesco \_\_\_\_\_ (DDD) Telefone \_\_\_\_\_

Observações Adicionais:

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136

Central de Atendimento à Mulher 180

Disque Direitos Humanos 100

**Notificação**

Município/Unidade de Saúde \_\_\_\_\_ Cód. da Unid. de Saúde/CNES \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_